

LAGERSON MAUAD FREITAS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PERSPECTIVA
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA/PA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – UNIFESP, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Mestre Profissional em Ensino em Ciências
da Saúde

**SÃO PAULO
2013**

LAGERSON MAUAD FREITAS

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PERSPECTIVA
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA/PA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Ruiz-Moreno.

**SÃO PAULO
2013**

Freitas, Lagerson Mauad

Ações de Educação em Saúde: a perspectiva dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira/PA./ Lagerson Mauad Freitas.- São Paulo, 2013.

xii, 142f.

Tese (Mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: The actions of Health Education: the community health agent in the city of Altamira - Pará.

Palavras-chave: 1. Educação; 2. Saúde; 3. Agente Comunitário em Saúde; 4. Práticas Educativas.

LAGERSON MAUAD FREITAS

Ações de educação em saúde: a perspectiva dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira/PA

Diretora do CEDESS:

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

Coordenadora do Mestrado:

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da S. Batista

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Lidia Ruiz-Moreno

Prof.^a. Dra. Luciane Soares de Lima

Prof.^a. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Prof.^a. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Suplente:

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

São Paulo, 2013

“A grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, essas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos em gestos de súplica. Súplica de humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas, que trabalhem e transformem o mundo”.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor da minha vida, a ti toda a devoção, gratidão, louvor e o meu amor pelo dom de viver, trilhar um caminho e tê-lo como manifestação de fé.

À minha mãe amada, guerreira, fortaleza de meu viver, agradeço por me deixar vir a este mundo e por ser exemplo de caráter, mostrando que sempre devemos acreditar.

Ao meu pai (*in memoriam*) que fez parte de minha criação/educação e soube conduzir da melhor forma o meu crescimento para este mundo. Que Deus o tenha em um bom lugar.

Aos meus irmãos Largete e Lair, por todo apoio, sorrisos, alegria, companheirismo e compreensão. Que a nossa união se perpetue por toda nossa existência.

À minha prima-irmã, Alexandra Mauad, que sempre me deu forças nesse caminho que a vida nos coloca para enfrentar as diversidades do mundo.

À minha amiga Andrea, que sempre me deu força e coragem nesse novo caminho que é a docência.

Aos meus amigos do Pará: Helen, Paulo, Mauro e Patrícia, pela amizade, por cada momento compartilhado, carinho e auxílio na caminhada.

Aos amigos Cleson (Rondônia) e Gilvan (Roraima), meus companheiros do MP Norte, pela força e companheirismo nessa jornada da vida. Grande satisfação em conhecê-los.

Aos colegas do MP Norte; muito bom conhecê-los. Obrigado por terem contribuído neste processo de ensino e aprendizagem.

À minha orientadora, Profa. Lídia Ruiz-Moreno, mestra em ensinar. Lutadora pelo ensino, capaz de unir a sabedoria do professor à ansiedade do aluno, conduzindo-me de maneira única, incomparável. Paciente nos meus momentos de angústia, ajudando-me a visualizar o desejo da pesquisa em momento concreto de finalização da mesma.

À tutora Simone Conde, sempre incansável em acompanhar os discentes do Pará, nos auxiliando e incentivando a cada etapa do MP Norte.

A todos os professores do MP Norte, pela sabedoria, competência, dedicação e compromisso em contribuir para a região Norte do Brasil.

Ao professor Nildo Batista, pela idealização do MP Norte e a todos que contribuíram para a realização deste projeto.

À Sueli, amiga, zelosa e comprometida com o MP Norte, paciente e sempre disposta a auxiliar.

A todos os colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira/PA que participaram, direta ou indiretamente, deste processo. Em especial, aos agentes comunitários de saúde por serem desbravadores no âmbito da atenção primária em saúde dentro dessa política que é o SUS.

Aos colegas da UEPA, pela compreensão e apoio.

Aos meus queridos alunos do curso de Enfermagem da UEPA, pela torcida e carinho.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	v
Lista de abreviaturas.....	viii
Lista de figuras.....	ix
Lista de quadros.....	x
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3.1 Caminhos da Saúde Pública.....	9
3.2 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.....	16
3.3 A estratégia de Agente Comunitário de Saúde.....	19
3.4 Educação em Saúde.....	24
4. METODOLOGIA.....	33
4.1 Tipo de pesquisa e abordagem.....	34
4.2 Cenário da pesquisa.....	35
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	36
4.4 Coleta de dados.....	36
4.5 Análise dos dados.....	37
4.6 Procedimentos éticos.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 Perfil socioeconômico dos ACS.....	41
5.2 Atribuições legais dos ACS.....	49
5.3 Características do ACS que compõem a ESF.....	54
5.4 Formação do ACS que compõem a ESF.....	56
5.5 Práticas educativas do ACS na comunidade.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
7. REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	100
ANEXOS.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
Conacs	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CRS	Centro Regional de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
PREV- SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	Formação profissionalizante na área da enfermagem
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e na Educação em Saúde
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Altamira
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 –	Distribuição de gênero dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.....	43
Gráfico 2 –	Frequência quanto ao estado civil dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.....	44
Gráfico 3 –	Frequência da cor autodeclarada pelos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.....	45
Gráfico 4 –	Distribuição do rendimento mensal dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.....	46
Gráfico 5 –	Distribuição temporal quanto ao início de trabalho dos ACS da ESF Altamira/PA, 2013.....	47
Gráfico 6 –	Frequência quanto escolaridade dos ACD da ESF – Altamira/PA, 2013.....	56
Gráfico 7 –	Distribuição do tipo de formação cursada pelos ACS da ESF Altamira/PA, 2013.....	58
Gráfico 8 –	Frequência da realização do curso de formação inicial entre os ACS da ESF Altamira/PA, 2013.....	60
Gráfico 9 –	Distribuição da carga horária do curso de formação inicial aplicado aos ACS da ESF Altamira/PA, 2013.....	61
Gráfico 10 –	Distribuição dos temas/conteúdos colhidos no curso de formação inicial dos ACS da ESF de Altamira/PA, 2013.....	63
Gráfico 11 –	Distribuição das ações voluntárias realizadas pelo ACS da ESF Altamira/PA, 2013.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Faixa etária dos ACS que compõem a ESF no município de Altamira/PA, 2013.....	42
Quadro 2 –	Distribuição da frequência absoluta e porcentagem, dos ACS quanto ao cumprimento das atribuições determinadas pela portaria nº 2488 de Altamira/PA, 2013.....	50
Quadro 3 –	Distribuição das características pessoais apontadas pelos ACS que compõem a ESF no município de Altamira/PA, 2013.....	55
Quadro 4 –	Distribuição dos conteúdos demandados pelos ACS para o processo de formação da ESF do município de Altamira-PA, 2013.....	67
Quadro 5 –	Distribuição das dificuldades nas práticas educativas apartir dos ACS pela comunidade do município de Altamira-PA, 2013.....	73
Quadro 6 –	Distribuição das facilidades na prática educativa do ACS com a comunidade do município de Altamira-PA, 2013.....	83

RESUMO

FREITAS, Lagerson Mauad. **Ações de Educação em Saúde: a perspectiva dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira/PA.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 141 p.

Estudos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) podem contribuir para a superação de barreiras, tais como o déficit de profissionais que trabalham diretamente nas ações primárias em saúde no âmbito comunitário. A expansão da Estratégia Saúde da Família coloca em destaque o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na condição de importante ator social na viabilização do sistema de saúde. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelo ACS nas equipes de Saúde da Família, no município de Altamira/PA. Os objetivos específicos compreenderam conhecer o perfil sócio econômico do ACS, caracterizar seu trabalho em relação às atribuições previstas na legislação, identificar as necessidades de formação do ACS, mapear as práticas educativas desenvolvidas na comunidade, identificar as facilidades/dificuldades para desenvolver as ações educativas. Metodologia: estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foi utilizado questionário semi-estruturado aplicado a 63 ACS do município de Altamira/Pará; os dados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo – tipo temático. A análise focalizou perfil socioeconômico, atribuições legais, formação do ACS e práticas educativas desenvolvidas na comunidade. Resultados: Os dados sobre o perfil socioeconômico dos ACS evidenciaram a proximidade com o público-alvo atendido no serviço de saúde. Os agentes atendem a maioria das atribuições legais previstas para seu trabalho na comunidade. As demandas de formação referem-se a conhecimentos específicos sobre álcool e drogas e vigilância em saúde, procedimentos técnicos de saúde, comunicação, relacionamento interpessoal, ética e identidade do ACS. As ações educativas na comunidade compreendem palestras e visitas domiciliares. Os ACS citam um amplo leque de dificuldades para o desenvolvimento dessas ações como: déficit na gestão/política (curso de formação e infraestrutura), perfil inadequado da equipe de saúde, escassa interface com a comunidade e falta de parceria entre a secretaria de saúde e a universidade. Como facilidades para essas ações, expuseram: apoio dos gestores, efetiva interação com a comunidade, e boa relação entre os profissionais da equipe de saúde. Conclusões: Observa-se a importância da normatização do processo de formação do ACS de forma a oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações educativas dialógicas, valorização do relevante papel de elo do ACS entre a comunidade e a equipe de saúde da ESF no sentido de valorizar esse profissional que ocupa um espaço estratégico nas políticas brasileiras de atenção à saúde.

Palavras-chave: Educação; Saúde; Agente Comunitário em Saúde; Práticas Educativas.

ABSTRACT

FREITAS, Lagerson Mauad. **The actions of Health Education: the community health agent in the city of Altamira - Pará.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 141p.

Studies in the context of the Unified Health System (known as SUS) can contribute to overcoming barriers such as the deficit of professionals who work directly in the primary health actions in the community. The expansion of the Family Health Strategy puts emphasis on the Community Health Agent - CHA as an important social actor in the viability of the health system. The general objective of this research was to analyze the practices of health education developed by CHA in teams of the Family Health Strategy, in the city of Altamira/PA. The specific objectives aimed to know the socio-economic profile of the CHA, to characterize their work in relation to the tasks prescribed in the legislation, to identify the training needs of the CHA, mapping the educational practices developed in the community, to identify facilitator and difficulty tasks to develop educational activities.

Methodology: descriptive exploratory study with a qualitative approach. A semi-structured questionnaire was applied to 63 health agents from Altamira - Pará for collection of data; data were analyzed according to the method of content analysis - thematic type. The analysis focused on socioeconomic, legal duties, the ACS training and educational practices developed in the community. **Results:** Data on the socioeconomic profile of CHA showed the proximity to the target group assisted by the health service. The agents meet most of the legal duties aimed for their work in the community. The training demands refer to specific knowledge about alcohol, drugs, health surveillance, technical procedures, health communication, interpersonal, ethic and identity of CHA. Educational actions in the community include lectures and home visits. The CHA refers to a wide range of difficulties for the development of such activities as: deficit in management / policy (training course and infrastructure), inadequate profile of the health team, deficient interface with the community and lack of partnership between the health secretary and the university. As facilitators for these actions: management support, effective interaction with the community, and good relationship between the professional health team.

Conclusions: it was observed the importance of regularization of the training process of these community health agents as a way to offer subsidies for the development of dialogical educational actions, valuing the significant role of CHA's relationship between the community and the health team of the family health strategy to worth this professional who occupies a strategic place in the Brazilian political health attention.

Keywords: Education; Health; Community Health Agent; Educational Practices.

1. INTRODUÇÃO

Na minha trajetória profissional na enfermagem, desde 2001, tive as primeiras experiências voltadas para a Saúde Pública, por meio do Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde (PITS), vinculado ao Ministério da Saúde, cujo objetivo principal foi implantar e implementar nos municípios a Estratégia da Saúde da Família, priorizando ações básicas de saúde nos municípios prioritários da região da Transamazônica. O programa desenvolvia, dentre outros aspectos, ações educativas junto aos profissionais dos serviços de saúde. Também atuei na docência no curso de Formação Profissionalizante na área da enfermagem (PROFAE/MS) e hoje integro o corpo docente na Universidade Estadual do Pará - UEPA, no curso de graduação em enfermagem.

No período de 2006 a 2008 atuei como coordenador municipal do PACS Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) na Secretaria Municipal de Saúde de Altamira e, nesse cenário, minha atuação foi próxima dos Agentes Comunitários em Saúde. Percebi algumas barreiras a serem enfrentadas, tais como: a implementação de ações educativas por parte dos Agentes Comunitários em Saúde junto a comunidade, descontinuidade no curso introdutório para os ACS, déficit de profissionais para trabalharem diretamente na atenção primária em saúde (APS), com perfil adequado para atuar em âmbito comunitário. Para melhor situar este cenário descrevo a seguir algumas características do município de Altamira.

O município de Altamira é o maior do mundo em extensão territorial, sendo referência para toda região da Transamazônica e área do Xingu, fazendo parte dessa regional de saúde, o 10º Centro Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde do Pará – CRS/SESPA, além dos nove municípios que a integram.

Atualmente, a cidade apresenta uma população de aproximadamente 105.030 habitantes (IBGE, 2011), com maior concentração na zona urbana. Tem uma característica peculiar que são os povos indígenas e ribeirinhos, estes últimos vivendo em três grandes reservas extrativistas chamadas: Resex Riozinho do Anfrísio, Resex do Xingu e Rio Iriri, onde vivem populações tradicionais que também recebem assistência integral à saúde.

Neste momento, o município está passando por profundas modificações de infraestrutura em várias áreas: educação, saúde, cultura, social, econômica, dentre outras, em decorrência da construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte.

A Secretaria Municipal de Saúde focaliza suas atividades na Atenção Básica, realizando ações de baixa e média complexidade. Sua rede de atenção destacam-se os programas de Saúde Pública como: Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio da Saúde da Família, vigilância em saúde, Centro de Apoio Psicossocial (média e alta complexidade), vigilância em saúde, Hospital Municipal e um Hospital da Região da Transamazônica com média e alta complexidade, serviços análise clínica e patológica oferecidos a população local.

No Brasil, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), é relevante refletir sobre práticas que envolvem mudanças do modelo de assistência, principalmente no nível de promoção de saúde, em que os profissionais ainda atuam sob a lógica do saber biológico, fragmentado, hospitalocêntrico, individualizado e normatizador (CAMPOS, 2005).

É nesta mudança de modelo de atenção à saúde que devemos valorizar o saber popular por constituir instrumento fundamental na construção histórica de atenção integral à saúde, na inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, vizinhos e organizações sociais envolvidos nos problemas de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas.

Para Vasconcelos (1997), a recomposição da integralidade nas práticas de saúde depende, principalmente, de uma maior capacidade de sujeitos, famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade civil se articularem, usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis, segundo suas necessidades e realidades concretas.

Os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, odontólogos e técnicos de enfermagem relatam dificuldades para desenvolverem ações de educação em saúde diante de fatores como: escassez

de recursos humanos, características culturais da população e dos profissionais que assistem à clientela, precária infraestrutura, despreparo dos profissionais de saúde para atuar segundo esse enfoque, falta de recursos didáticos, déficit na educação permanente para os profissionais de saúde inseridos na atenção básica e ausência de “olhar” dos gestores para as ações básicas de saúde (CORIOLANO et al., 2012).

Um ator importante no Sistema Único de Saúde é o Agente Comunitário de Saúde, pois é o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, tendo importância fundamental para a efetivação do atual modelo de assistência à saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a política nacional de saúde se embasa na Estratégia do agente comunitário de saúde e a Estratégia Saúde da Família, valorizando a atenção primária para o fortalecimento e a integralidade das ações em uma determinada comunidade (BRASIL, 2000). Nesse contexto o ACS é o sujeito que intermedia as necessidades nessa área com a demanda dos serviços locais (SILVA e DALMASO, 2002).

Durante minha atuação na Secretaria de Saúde percebi que o ACS, além de desenvolver ações de saúde na comunidade no âmbito de suas atribuições, está inserido em outros cenários, dentre eles: pastorais da criança, do idoso e da saúde, movimentos de mulheres, SOS vida para álcool e drogas (instituição filantrópica que acolhe pessoas com dependência química, objetivando sua inserção à sociedade e família) o que amplia as suas possibilidades de atuação junto à comunidade e aumenta ainda mais a relevância do seu papel. Entretanto, diversos desafios existem para o adequado desenvolvimento de sua função o que reforça a necessidade de aprimorar o seu processo formativo.

A formação do ACS precisa envolver não apenas conhecimentos básicos sobre o processo de saúde-doença, mas também estratégias educativas individuais e coletivas que valorizem a troca de saberes e experiências com os usuários. Neste sentido, práticas de trabalho em grupo podem facilitar a produção coletiva de conhecimento e a reflexão sobre a realidade vivenciada por seus membros, sendo este um importante aspecto para o desenvolvimento

do processo reflexivo que sinalize para estratégias de enfrentamento dos desafios que, muitas vezes, fazem parte das situações de saúde.

Diante do exposto, propomos o presente estudo por reconhecermos a importância das ações de educação em saúde no trabalho desenvolvido na comunidade pelos ACS, pois, no decorrer das experiências profissionais, deparamo-nos com diferentes realidades, observando carência de informações a respeito do processo saúde-doença e de competências edu-comunicativas por parte destes atores. Assim, focalizamos como objeto desta pesquisa o estudo das ações de educação em saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e as suas demandas de formação no contexto da Estratégia Saúde da Família, no município de Altamira - Pará.

Surgem então algumas questões de pesquisa:

- Como é desenvolvido o processo de formação e quais as demandas do ACS?
 - O trabalho desenvolvido pelo ACS está de acordo com as atribuições previstas na legislação vigente?
 - Quais práticas educativas o ACS realiza em seu cotidiano de trabalho com a comunidade?
 - Quais as dificuldades/facilidades dos agentes comunitários de saúde em seu cotidiano profissional?
-

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos ACS que integram a Estratégia Saúde da Família no município de Altamira - Pará.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sócio econômico do ACS que integram a ESF;
 - Caracterizar o trabalho do ACS em relação às atribuições previstas na legislação;
 - Identificar as necessidades de formação do ACS considerando as características de sua prática com a comunidade;
 - Mapear as práticas educativas desenvolvidas pelo ACS na comunidade;
 - Identificar as facilidades/dificuldades dos agentes comunitários de saúde para desenvolver as ações educativas.
-

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No presente referencial teórico será descrito e trabalhado os seguintes subtítulos: caminhos da saúde pública, atenção primária à saúde e a estratégia saúde da família, a estratégia de agente comunitário de saúde e educação em saúde.

3.1 Caminhos da Saúde Pública

Nos meados da década de 1960 a 1970 a assistência à saúde da população era historicamente, no Brasil, dirigida aos trabalhadores os quais recebiam atendimento por meio das caixas de previdências ou então pagavam por serviços particulares. Quem não podia arcar com esse custo, recorria às Santas Casas de Misericórdia ou a postos de saúde municipais, que estavam sempre lotados.

No final dos anos 1970, surgiram movimentos, em vários países, que desencadearam expectativas por uma nova saúde pública. Entre eles a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em 1978, em Alma-Ata, na antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) a qual passou a ser referência mundial. Na ocasião, foi proposto um modelo para as ações básicas de saúde voltadas para a qualidade da assistência à população, norteador uma visão preventiva e de promoção da saúde para os profissionais de saúde e da população assistida.

Os principais pontos discutidos foram: promoção da saúde a todos, melhora da qualidade de vida; incentivo a participação popular no que diz respeito à execução dos cuidados de saúde; responsabilização dos governos pela saúde e organização dos sistemas de acesso à atenção primária de forma que estivesse ao alcance de todas as pessoas. Destacava também a necessidade da intersetorialidade na promoção de saúde e a capacitação da comunidade pela educação (BRASIL, 2000).

Estes movimentos de avanço nas concepções e práticas de atenção a saúde junto com a insatisfação da população com o modelo de atenção vigente foram alguns dos fatores que ajudaram a fortalecer o chamado movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Integrado por estudantes da área da saúde, professores universitários, sociólogos, representantes das organizações de profissionais, Organização Não Governamental (ONG), o movimento visava à melhoria das condições de saúde da população, bem como a redução das desigualdades sociais e defendia o acesso universal aos serviços públicos de saúde patrocinados.

Se o tema aglutinador desse movimento, durante os anos 1970, havia sido o combate à privatização da saúde intensificada nos governos militares e a defesa da construção de um sistema público de saúde e da saúde comunitária, na nova década, a tarefa principal foi a formulação de propostas de organização institucional do setor saúde. Para tanto, além da articulação com as forças sindicais e com outros movimentos sociais pró-democratização do país, técnicos e militantes vinculados ao movimento da reforma sanitária passaram a ocupar cargos no Ministério da Saúde (MS) e em órgãos a ele diretamente vinculados.

Para levar adiante a tarefa de construção de um Sistema Único de Saúde, era preciso investir no desenvolvimento quantitativo e qualitativo de trabalhadores para atuarem nos serviços de atenção básica, de acordo com o compromisso assumido na referida conferência realizada em Alma-Ata, cuja temática central versou sobre 'Cuidados Primários de Saúde', assim definidos:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.102)

Sob essa perspectiva e em consonância com a luta pela reforma sanitária e por um sistema único de saúde, foi realizada no Brasil, em março de 1980, a VII

Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema central foi “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Seu principal objetivo foi “promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), sob a égide dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento” (BRASIL, 1980, p.3). Em relação aos trabalhadores de saúde, foi centralmente debatido o nível desejável de escolaridade e qualificação e a sua relação com as populações atendidas. Visava-se não apenas melhorar o desempenho dos trabalhadores nos serviços básicos, mas também promover a integração entre as atividades curativas, preventivas e de promoção da saúde, individuais e coletivas, o que implicava redirecionar as políticas de formação profissional.

Assim, considerando que “o desenvolvimento de recursos humanos permeia toda a comunidade e que toda população é, em potencial, recurso humano de saúde” (BRASIL, 1980, p.164), surgiu, das apresentações e discussões realizadas na VII Conferência Nacional de Saúde, a proposta de uma “Política visando à formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde”. Isto envolve o fortalecimento dos núcleos de formação de recursos humanos nos níveis central, estadual, municipal e nas universidades - em especial nos Departamentos de Medicina Preventiva e de Saúde Pública; a implantação do ensino profissionalizante voltado para as realidades regionais nos níveis de 1º e 2º graus, a formação, absorção e regulamentação dos profissionais de nível médio e elementar, a formação de pessoal auxiliar de saúde (agentes de saúde), com a participação das comunidades, visando assegurar a identificação e o comportamento com a população atendida, nas próprias áreas de desenvolvimento dos programas; a estruturação da carreira de cargos e emprego do agente auxiliar de saúde, visando possibilitar sua inserção, permanência e progressão funcional, com remuneração condigna; e o treinamento em serviço. (BRASIL, 1980, p.166).

Segundo Pereira (2002, p.20), foi após essa conferência e discussões em torno do Prev-Saúde que os debates sobre a formação profissional dos

trabalhadores da saúde passaram a considerar a necessidade de substituir a “especialidade pela generalidade” e de “ampliar as ações preventivas e dar maior atenção aos problemas de saúde coletiva”.

Os debates sobre essas questões prosseguiram durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, cujo tema central foi “Democracia e Saúde”. A conferência é considerada um dos marcos mais importantes do movimento sanitário, uma vez que logrou estabelecer os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde, definir as estratégias a serem defendidas na Constituição 1988 e consolidar a opção da reforma pela via institucional. Além disso, também desempenhou papel fundamental na ampliação do conceito de saúde, considerada “...*resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde*” (BRASIL, 1986, p.4).

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, destaca a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação popular (BRASIL, 2000).

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e presente em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania.

Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social que abrangem, além da saúde, a Previdência e a Assistência Social. O artigo 196 da Lei 8080 dispõe que

...a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, p.55).

Esse artigo define a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o Governo Federal, mas como poder público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

A Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes incisos:

- I. No âmbito da união, pelo Ministério da Saúde;
- II. No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. No âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Em 1988, concluiu-se o processo constituinte e foi promulgada a Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi marco fundamental na redefinição das propriedades da política do Estado na área da Saúde Pública.

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para ter saúde, é preciso o acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação entre outros.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição de “relevância pública”, atribuindo-se ao poder público sua fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde. Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é assim definido pelo artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integraram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes.

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade (BRASIL, 1990).
-

O texto expressa claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando - o como um dos direitos da cidadania.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Descrevem os princípios organizativos e doutrinários, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; equidade; descentralização política administrativa com direção única em cada esfera de governo; participação da comunidade e regionalização e hierarquização.

A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também institui as conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

É nesse contexto que ocorre o processo de institucionalização dos agentes de saúde, com a criação, em 1991, do Programa Nacional de Saúde (Pnacs), que, no ano seguinte, passou a se chamar Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS).

Cabe ressaltar que naquele momento o país encontrava-se em meio a uma crise política que culminou no *impeachment* do então presidente Fernando Collor de Mello, em 1992, ano em que ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde. Com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”, foram ratificadas as diretrizes emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, exigindo-se o cumprimento das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Em relação aos trabalhadores de saúde, o relatório propõe, como condição

indispensável para a efetivação do SUS, o estabelecimento de políticas voltadas para capacitação e formação de recursos humanos, e a necessidade de compartilhar os vários tipos de vínculos contratuais.

Ainda em 1993, ocorreu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde. Na interpretação de Vieira (2005, p.22), o evento revelava as contradições e tensões que, desde os anos 1980, marcavam as políticas voltadas para os trabalhadores da saúde, resultantes da situação “caótica” em que se encontravam os serviços e as práticas de saúde no país, o que comprometia a própria ideia de um Sistema Único de Saúde.

Nessa conferência, foi elaborado um documento ressaltando questões importantes no que se refere à qualificação dos trabalhadores de níveis fundamental e médio, não só pela recomendação de medidas para a elevação da escolaridade, como também pela incorporação nos cursos de formação de disciplinas como sociologia e antropologia, no sentido de favorecer uma compreensão ampliada da saúde.

Chama a atenção, no entanto, o fato de que os ACS deviam ser incluídos como profissionais de enfermagem, na qualidade de auxiliares, descaracterizando-se assim o papel desse trabalhador no PACS. A inclusão dos agentes na função de auxiliar de enfermagem expressa a manutenção da lógica centrada no modelo biomédico, a qual privilegia as ações assistenciais em detrimento das preventivas e de promoção da saúde. Uma leitura mais atenta desse documento permite compreender a formação restrita desses trabalhadores, para os quais seria suficiente a escolaridade de nível fundamental, com ênfase na formação em serviço.

Cabe destacar que o Programa de Agente Comunitário de Saúde, criado com o objetivo de organizar a prática da atenção primária à saúde, pode ser considerado, sobretudo a partir de 1994, quando passa a integrar o Programa Saúde da Família (PSF), um bom exemplo de incorporação das propostas do Banco Mundial. Por meio dele, o ACS compõe, ao lado do médico, do enfermeiro, do auxiliar de enfermagem e do odontólogo, a equipe de saúde

multiprofissional. Foi somente com a portaria nº 1.886, de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997), que o PACS e o PSF passaram a ser concebidos como programas prioritários no Plano de Ações e Metas do Ministério da Saúde, constituindo programas de atenção básica.

Gradativamente, o PACS foi sendo incorporado ao PSF, configurando o que se denomina atualmente de Estratégia Saúde da Família (ESF). Sem dúvida, a centralidade que esses programas assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde no Brasil, impactou a racionalização da atenção de média e alta complexidade, gerando um gargalo nesses níveis de atenção e a precariedade de acesso às tecnologias de saúde. Essa falta de articulação comprometeu um dos princípios fundamentais do SUS: a integralidade da atenção e do cuidado (VIEIRA, 2011).

Podem ser destacados alguns objetivos pertinentes às X e XI Conferências Nacionais de Saúde em meados dos anos 1990, como as lutas empreendidas pelos trabalhadores da saúde, entre os quais se destacaram os ACS - visando à despreciação e o reconhecimento de seu trabalho. O PACS, programa considerado fundamental para a reorganização da atenção básica em saúde, faz ressaltar a precariedade da formação, a inserção trabalhista dos ACS, a heterogeneidade dos níveis salariais, da duração da jornada de trabalho e da composição da equipe de saúde. No que se refere aos ACS, salientam-se no documento a importância de formação técnica para o exercício das atividades que lhes são atribuídas e as necessidades da população atendida, segundo uma perspectiva ética e de conscientização política dos trabalhadores (PEREIRA, 2002).

3.2 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Segundo Fausto e Matta (2007), as lutas dos movimentos sociais pela saúde no Brasil, diferentemente de outros países da América Latina,

conseguiram garantir legalmente políticas sociais de cunho universal, redistributivo e inclusivo. Para Rizotto (2000), a Estratégia Saúde da Família (ESF) expressa essas orientações.

Sob esse enfoque, a APS está em consonância com as diretrizes do SUS e tem, como valores, a busca por um sistema de saúde que enfatize a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (TAKEDA, 2004; BRASIL, 2006).

As evidências sinalizam que a atenção Primária tem capacidade para corresponder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando há mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

A Atenção Primária diferencia-se da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observa-se significativa variedade de necessidade em saúde, grande contingente destinado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com os seus problemas.

A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada nas pessoas (e não na doença), na família e na comunidade.

Considerando esse olhar mais amplo acerca das diferentes concepções sobre a atenção primária, empreende-se, a seguir, a compreensão sobre a natureza do trabalho da ESF e, principalmente, do perfil do ACS no processo de construção na área da saúde.

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada do sistema ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas dos locais de moradia das pessoas e que sejam mantidos vínculos com a população e responsabilidade pelo território.

A Estratégia Saúde da Família vem se destacando pela reorganização da atenção básica, sob a lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada em proporcionar qualidade de vida. Sua expansão ganhou impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB- SUS-96.

No decorrer dos anos, o Ministério da Saúde (MS) vem construindo e fortalecendo as ações de saúde em todos os níveis de atenção e também no processo saúde-doença perante a comunidade e os profissionais de saúde que atuam no SUS. Assim, publicou a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

A nova estratégia do setor saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família, não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

A atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu para compreensão do indivíduo de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, o que se reflete também na presença de diversas repartições dos serviços de saúde. Seus anseios, desejos, sonhos, crenças, valores e relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos quando relegados por um profissional de saúde tradicional.

Já a família, tradicionalmente concebida também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que se encontra, na sua composição nuclear, ou na relação com os demais subsistemas sociais, necessita ser abordada de forma integral e articulada.

Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário para o desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso auxiliá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.

3.3 A estratégia de Agente Comunitário de Saúde

A luta política empreendida pelos agentes comunitários de saúde (ACS) no que se refere à conquista do direito à qualificação técnica e ao caráter de sua inserção laboral nos quadros do Sistema Único de Saúde deve ser compreendida considerando-se o viés ideológico segundo o qual o Estado brasileiro elabora e coloca em prática políticas públicas de saúde voltadas às populações pobres do país.

Diferentemente dos demais trabalhadores, os ACS ganharam relevância política em uma conjuntura marcada pelo desmonte de boa parte dos direitos trabalhistas garantidos pela Constituição de 1988, momento em que as políticas neoliberais ganhavam corpo no país, com a eleição de Fernando Collor de Mello, que, em 1991, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), conforme já mencionado. Visando reduzir a mortalidade materno-infantil nas regiões mais pobres, o programa se concentrou principalmente no Norte e Nordeste. Sob a ótica do poder público, considerava-se que o trabalho dos agentes na implantação de ações simplificadas contribuiria também para evitar o congestionamento do sistema de assistência à saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

Os ACS são considerados pelas políticas atualmente em vigor trabalhadores de vital importância para a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto serem compreendidos como sujeitos de ligação entre as populações mais pobres ou “comunidade”- termo correntemente utilizado em documentos produzidos nos três níveis de governo e por parte da literatura acadêmica que trata do tema – e os outros profissionais da saúde.

Nesta perspectiva o ACS, agente articulador entre a comunidade e os serviços de saúde, transita uma construção histórica de sua identidade profissional. Lima e Braga (2006) referem que o “profissional” leigo foi escolhido por seu potencial transformador, com possibilidade para a formação de uma consciência crítica nas comunidades, embasado no aporte teórico de Paulo Freire, por ser o elo articulador entre as demandas e a organização popular.

A incorporação dos ACS a esse programa trouxe à discussão a questão da sua identidade profissional. Vale ressaltar que as entidades ligadas aos trabalhadores da enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros e União Nacional de Técnicos de Enfermagem – representaram importante sujeito coletivo, cuja atuação no processo foi pautada pela polêmica questão do relacionamento dos ACS com a estrutura profissional da enfermagem. Considerando que algumas práticas desses trabalhadores podiam ser identificadas como sendo desses profissionais, a preocupação dessas entidades nacionais era de que a incorporação dos ACS pudesse representar um aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação (SILVA e DALMASO, 2002).

Outro fator político coletivo importante no processo de construção da identidade do ACS foi a Igreja Católica, destacando-se o papel das pastorais no campo da saúde, as quais, a princípio, realizavam ações de cunho assistencial, baseadas em métodos naturalistas, com a utilização de plantas medicinais e remédios naturais/caseiros. No entanto, como salienta Doimo (1995), o trabalho da Igreja não era homogêneo, transformando-se quando articulado às novas experiências do movimento popular de saúde, profissionais de saúde, ativistas de esquerda, entre outros, passando a se orientar pelo discurso dos direitos à cidadania.

No início dos anos 1990, a universalização do SUS apresentava-se como um desafio ainda maior. Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso - em cujo governo foi criado o Pnacs, o projeto neoliberal tornou-se hegemônico, favorecendo o crescimento da medicina supletiva que passou a atender a classe média, ficando o subsistema público de saúde voltado principalmente para o atendimento da população de baixa renda.

Após dez anos de existência, no governo Fernando Henrique Cardoso, foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, por meio da Lei 10.507, de julho de 2002, a qual, em seu artigo II, dispõe: *“A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas pelo SUS e sob supervisão do gestor local.”* (BRASIL, 2002)

É possível que o viés comunitário dos agentes tenha sido mais enfatizado a partir do Pnacs, de forma a delimitar a especificidade de sua atuação, diferenciando-os, o que permitiria sua incorporação como trabalhadores da saúde, sem implicar substituir ou preencher o espaço ocupado por outros grupos profissionais. Tereza Ramos compartilha dessa ideia ao destacar que foi após o Pnacs que o adjetivo “comunitário” passou a ser adicionado à denominação desses agentes de saúde, de forma a ressaltar a diferença entre a atuação dos ACS e a dos agentes de endemias que integravam a Fundação Nacional de Saúde.

Em sua portaria n 2488, de 21 de outubro de 2011, sobre a política de atenção básica, o MS definiu as seguintes atribuições para os ACS:

- I. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - II. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - III. orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - IV. realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
-

- V. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI. desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII. desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, como, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII. estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

De qualquer maneira, as atribuições dos ACS são construídas fundamentalmente com base na política pública de saúde, por meio da qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de risco e as atividades educativas; portanto, os agentes comunitários de saúde não podem ser entendidos como trabalhadores desvinculados das políticas sociais do Estado – o que não os descompromete da população pela qual são responsáveis.

A diferença reside no fato de que o ACS não é mais, como quando ainda era denominado agente de saúde, um braço do movimento popular na luta pela garantia do direito à saúde. Embora com atribuições semelhantes, ele passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual sua atuação se desloca, com efeitos interessantes no que diz respeito à possibilidade de maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e, de certa maneira, redireciona a sua prática dentro da comunidade; refletindo no contexto sociocultural e estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde e o interesse na construção de uma relação diferenciada com os usuários e sua cultura na estruturação das práticas de saúde.

Este programa foi uma das principais, senão a mais importante das estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde. A figura do ACS surgiu com o propósito de que ele promovesse o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção de doenças, buscando despertar sua participação social, auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, além de também atuar em conjunto com os serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 1991).

Silva e Dalmaso (2002) assinalam que, após o PACS, o ACS tornou-se um sujeito efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente à ampliação da abertura assistencial, com expansão do acesso por meio de seu acolhimento, identificando, encaminhando e imprimindo resolubilidade para as necessidades de saúde da população.

A seguir, serão abordados alguns conceitos sobre educação e saúde e educação popular, aspectos intimamente relacionados aos saberes e as práticas do Agente Comunitário de Saúde.

3.4 Educação em Saúde

A Educação em Saúde é considerada uma ampliação do conceito de saúde; vai além da compreensão de ausência de doença, de forma que indivíduos e grupos possam alcançar um nível desejável de saúde por meio das formas mais tradicionais de se educar para a saúde. Constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA e LÓPEZ, 1996).

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, modifica a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença possibilita subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Dentre os diversos espaços de saúde, Vasconcelos (1989) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas. Tal entendimento justifica-se pela particularidade desses serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolva conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre eles a educação em saúde.

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais coerentes com esses discursos. O discurso higienista e as intervenções normalizadoras tradicionalmente têm marcado o campo de práticas de educação em saúde.

Para compreender a natureza deste discurso, Costa (1987) trata o tema da educação e saúde com base em sua vinculação ao Estado e nas relações de poder entre classes sociais. Sob essa perspectiva e em consonância com a compreensão de Donangelo (1979) relativa à natureza social da prática médica, o

autor reconhece as ações de educação em saúde enquanto práticas sociais com propósitos ideológicos, políticos e econômicos. Dessa maneira, mediante um discurso higienista e moralista, o Estado exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas. Em conformidade com os interesses das classes dirigentes do Estado e com objetivo de controle social sobre as classes subalternas, o discurso desenvolvido era regulador. De acordo com Costa (1987, p.7),

A estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos de classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e uso do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim, do bom modo de andar a vida.

Na segunda metade do século XIX, o crescimento de cidades europeias, decorrente da industrialização, favoreceu a precarização das condições de trabalho, moradia e nutrição das classes populares. Este cenário configurava uma ameaça às classes dominantes, por um lado pelo risco de rebelião dos populares, cuja aglomeração nos bairros poderia precipitar a organização política. Por outro, pelas epidemias que a esses inicialmente acometiam, associadas a condições de vida, atingindo em seguida as classes dominantes. Assim, justificavam-se ações de disciplinamento das classes populares, com difusão de regras de higiene e de condutas morais: o exercício do controle social e sanitário (COSTA, 1987).

No Brasil do Século XIX, o discurso sanitário segue a tendência europeia, concentrando-se nas cidades e desenvolvendo-se em torno da moralidade e disciplinarização/higienização. O hospital, o hospício, a prisão e a escola despontam como espaços de atenção, cuidados e educação em saúde. Esta época é pontuada por Costa (1987) como de fortalecimento do saber técnico do profissional, exclusivo do poder da cura e controle sobre doença, “rotulando as eventuais resistências e os saberes alternativos de cegueira política, ignorância do povo, má-fé dos charlatões”.

No Brasil, o percurso histórico das práticas e concepções de educação em saúde é revisado por Smeke e Oliveira (2001). O primeiro momento abordado pelas autoras data do final do século XIX e início do século XX. Diante da necessidade de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos, visto que acarretavam transtornos para a economia agroexportadora, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Estas voltavam-se principalmente para classes subalternas e caracterizavam-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização com o respaldo da cientificidade. Fato ilustrativo desse momento foi a política sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que empregou recursos como a vacinação compulsória e vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças.

Essas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. O discurso biologicista propagava que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiria a resolutividade dos problemas de saúde. Esse discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas.

A partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo.

No início da década de 1960, com o advento da Medicina Comunitária, verifica-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos

problemas de saúde nela vivenciados. Entretanto, por trás desse apelo de participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade dos sujeitos, com a ressalva da culpabilização passar do aspecto individualidade para o coletivo. As práticas de educação em saúde comunitárias baseavam-se no então pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, devendo, para tanto, serem conscientizadas. Os determinantes sociais desses problemas, contudo, não eram levados em consideração.

Durante o regime militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em decorrência da limitação dos espaços institucionais para sua realização. Houve uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa, ressaltando-se que educação em saúde preocupava-se com o controle dos sujeitos (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Em contrapartida, esse mesmo regime despertou uma resistência e insatisfação na população, o que precipitou, ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Neste contexto, foram retomadas as proposta pedagógicas de Paulo Freire e os profissionais de saúde revisaram suas práticas apoiados na interlocução com as teorias das ciências humanas em prol de um novo projeto em saúde. Esses movimentos deram início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras, sinalizando, ao mesmo tempo, para uma ruptura.

Dentre os movimentos que tiveram início na década de 1970 e que buscavam, com a tradição autoritária e normalizadora, a relação entre os serviços de saúde e a população, destaca-se o da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001). Esse movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais; dirigindo-se para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, aproximaram-se, assim, das classes populares e de movimento sociais locais.

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 1970, profundamente repensado, verificando-se um relativo distanciamento das ações

impositivas características do discurso higienista. Paralelamente, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que, saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultado da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais.

Neste momento, as práticas pedagógicas persuasivas, a transmissão verticalizada de conhecimento refletida no autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos são passíveis de questionamentos. É também neste contexto que surge a preocupação com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

A proposta de Freire ultrapassa os limites de uma teoria, portanto, pode ser entendida como forma de compreender o mundo, refletir sobre ele, transformando a realidade por meio de uma ação consciente. Seu pensamento tem colaborado, de forma significativa, na construção de uma educação reflexiva, incorporando uma educação crítica e problematizadora, tendo, como meta, o diálogo com seus educandos. Valoriza sua cultura, sua palavra, criando uma pedagogia repleta de existência e amor - a pedagogia da liberdade - instituindo uma vivência solidária, com relações sociais e humanas, buscando, com o educando, consciência crítica por meio de um processo “práxis”, ético e interdisciplinar (FREIRE, 1980).

Na atualidade, há uma variedade de maneiras de se educar para saúde, mas, considerando o que essas abordagens têm em comum, é possível agrupá-las em dois modelos de práticas de educação em saúde: o tradicional e o dialógico.

A seguir, serão apresentadas as principais características desses modelos, destacando os pontos considerados mais problemáticos na formulação de suas respostas.

3.4.1 Breve histórico do modelo tradicional e do modelo dialógico da educação em saúde

Historicamente, hegemônico, focalizando a doença e a intervenção e fundamentação curativa e fundamentada no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prime pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

As estratégias dessa prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. A educação em saúde tradicional pretende mudar comportamentos individuais por meio de estratégias educativas que poderiam ser “bancárias”, no sentido de um empreendimento educativo em que, quem ensina se posiciona como detentor do saber e o sujeito da ação educativa é posicionado como alguém que deve passivamente apreender os conhecimentos ensinados.

Essa abordagem dificulta o desenvolvimento da consciência crítica desse sujeito na medida em que parte do pressuposto de que ele nada sabe e de que é preciso preencher os espaços vazios da sua mente, nela depositando os conhecimentos que se julgam importantes, sem que esse possa questioná-los.

Ignorar que as diferenças socioculturais e econômicas influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis levam os profissionais de saúde que utilizam o modelo tradicional de educação em saúde a considerarem os indivíduos como os únicos responsáveis pelas suas condições de saúde. Neste sentido, Valla (1993), refere que “um dos defeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços do Brasil é o que se chama de culpabilização da vítima, em que, individualizando a culpa, tenta-se explicar os problemas de saúde, os quais geralmente são resultado de uma combinação de fatores sociais e culturais, experimentados no coletivo”.

Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde e, assim, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado; dessa forma, a comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter

informativo, segundo o qual o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explica ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, o que e como fazer para a manutenção da saúde.

Pressupõe-se ainda que, com base na informação recebida, os usuários serão capazes de tomar decisões para prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas.

Neste sentido, Freire (1980) lembra que a existência individual não precede à coletiva, destacando que “a concepção individualista da existência não é suficiente para retirar dela a base social e histórica”. Para ele, o conhecimento envolve, necessariamente, uma correlação direta entre a ação e a reflexão sobre a realidade. Os seres humanos, sugere Freire, são corpos conscientes e, por este motivo, têm possibilidade de análise crítica, superando a compreensão ingênua da realidade.

Quanto à disseminação de informações, particularmente por meio de campanhas e veiculadas pelos meios de comunicação de massa, Rice e Candeias (1989) destacam o efeito temporário dessa estratégia em relação a mudanças de hábitos e condutas. As autoras referem que a população não muda de comportamento em definitivo, mas apenas responde a um estímulo temporário. Com a supressão do estímulo, o comportamento tende à extinção.

A principal crítica a este modelo de educação, entretanto, é o fato de não considerar os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao tomar como objeto as práticas educativas e carentes de um saber, a saúde perde de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença - todos eles representantes de formas outras de saber. Neste sentido, tem-se discutido sobre a consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas em saúde (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999). Propõe-se que essas sejam sensíveis às necessidades subjetivas dos usuários. Para tanto, recomenda-se abandonar estratégias comunicacionais informativas e a adoção de uma comunicação dialógica.

Já no modelo dialógico a proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (AYRES, 2001).

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. De acordo com Briceño-Leon (1999), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

Segundo Freire (1980), o diálogo “é uma necessidade existencial; é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar”.

O objetivo da educação dialógica não é informar para saúde, mas transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por esse modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHINESA e VERÍSSIMO, 2003).

Com base no diálogo e no intercâmbio entre saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com o usuário possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços.

Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto

serem decorrentes não da persuasão ou autoridade do profissional, mas da construção de novos sentidos e atribuição de significados individuais e coletivos ao processo saúde-doença-cuidado.

Dentre os modelos de educação em saúde, o dialógico conforma-se à proposta da integralidade por favorecer o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida. Nesta mesma direção, este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e para humanização da ação educativa, tornando-a mais sensível a seus destinatários.

Para tanto, reconhece-se ainda a necessidade de transformação da relação profissional-usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa e abordagem

O presente estudo caracteriza-se por ser descritivo-exploratório. Segundo Gil (2007), as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as habitualmente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Para Rudio (2008, p.71), “escrever é narrar o que acontece”. Assim, a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa exploratória torna-se uma investigação empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema com finalidade de desenvolver hipóteses e aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa.

Quanto à abordagem, a presente pesquisa foi qualitativa. Segundo Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações, e para análise de discursos e de documentos.

Para Marconi e Lakatos (2007), o estudo qualitativo se desenvolve numa situação natural, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e textualizada, sendo rico em dados descritivos.

4.2 Cenário da pesquisa

4.2.1 Município de Altamira: aspectos históricos, demográficos e redes de atenção à saúde

O município de Altamira, de acordo com os dados do IBGE/2011, possui uma população de 105.030 habitantes, concentrada, em sua grande maioria, na zona urbana, cujas demandas sociais indicam a necessidade do município investir em políticas públicas necessárias para melhorar a qualidade de vida da população. É preciso chamar a atenção a respeito do empreendimento da barragem Hidrelétrica Belo Monte, o que gerou um inchaço demográfico, ou seja, aumento dessa população migrante que perfaz, aproximadamente, 150.000 habitantes, o que cria novas demandas aos governantes.

Sua característica econômica é agropecuária, servindo como suporte para toda região da Transamazônica e do Xingu; é referência também para a assistência à saúde, apresentando nível de complexidade diferenciado em comparação aos demais municípios em virtude da estrutura de organização dos serviços de saúde.

Altamira encontra-se sob modelo de gestão básica ampliada da saúde, ou seja, cabe ao Município se responsabilizar pelas ações básicas de saúde. A assistência à saúde da população é oferecida pela Secretaria Municipal de saúde, por meio de sua rede de unidades básicas, Hospital Municipal de Altamira e pelos Hospitais Conveniados com o Sistema Único de Saúde, a saber: Hospital Municipal, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Laboratório, Hemocentro, Clínica Fisioterapia, Centro Apoio Psicossocial – tipo 2, Centro de Apoio Psicossocial-Infantil, Farmácia Popular, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Testagem e Aconselhamento, Hospitais privados (Hospital de clínicas de Altamira e Hospital Santo Agostinho), Hospital Regional Público da Transamazônica, Laboratório Fitoterápico, Centro de Apoio em Diagnóstico e Equipe Saúde da Família, com uma cobertura municipal de 42%, perfazendo 12 equipes e duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde do PACS.

A atenção primária é prestada por meio dos programas básicos e das equipes das estratégias saúde da família, integradas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e ACS.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde possui, na zona urbana 12 equipes na ESF, com 81 ACS. Na zona rural existe apenas a estratégia de agente comunitário de saúde onde atuam 48 ACS.

4.3 Sujeitos da pesquisa

O universo de 81 ACS da zona urbana do município de Altamira, foi convidado a participar da pesquisa, dos quais 63 (78%) servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) aceitaram. Não foram incluídos 18 (22%) deles em decorrência de férias, licenças saúde ou maternidade.

Zelando pelo anonimato dos participantes, aos mesmos foram atribuídos números, em ordem crescente, após as iniciais ACS (ACS1 a ACS63), atendendo aos pressupostos da ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira e a disponibilidade dos profissionais para a participação. Consistiu na aplicação de um questionário semi-estruturado aos 63 ACS incluídos na pesquisa (APÊNDICE A).

Os dados coletados abrangeram os seguintes aspectos: perfil socioeconômico, formação para a função de ACS, atribuições segundo a legislação (descritas na portaria Nº 2488), práticas educativas do ACS na comunidade facilidades / dificuldades no desenvolvimento dessas práticas.

Os questionários foram aplicados de acordo com a rotina da ESF, a qual consiste em ir à UBS e posteriormente realizar a visita domiciliar. Assim, eram contatadas a cada dia duas equipes no período da manhã e duas no período da tarde, de forma a não prejudicar a rotina de trabalho dos profissionais. O pesquisador deslocava-se, então, ao local escolhido, na maioria das vezes o ambiente de trabalho do profissional ou em sua própria residência, após o término das atividades diárias. Após a leitura do TCLE iniciava-se a coleta de dados. Importante destacar que nesse momento prestavam-se solidários, receptivos e disponíveis a qualquer informação pertinentes ao objeto da pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Os núcleos que orientaram a análise dos dados foram: perfil socioeconômico, atribuições legais, formação do ACS e práticas educativas na comunidade (facilidades e dificuldades). A análise do questionário compreendeu tratamento estatístico descritivo dos dados relativos ao perfil socioeconômico, escolaridade, formação e trabalho voluntário do ACS, permitindo a construção de gráficos.

Para análise das questões abertas foi utilizada a análise temática. Sobre a análise de conteúdo, modalidade temática, Minayo (2005) assinala que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

A análise temática, segundo Minayo (2005), apresenta três etapas: a primeira, a pré-análise, consiste em tomar contato com o material, de forma a determinar as unidades de contexto e de registro. A segunda etapa ocorreu com a exploração do material mediante a codificação, classificação e escolha das categorias teóricas. A terceira etapa caracteriza-se pela interpretação dos significados dos dados.

Franco (2004) ressalta que a fase pré-análise tem por objetivo a organização sistemática dos documentos e das mensagens. Contempla ainda a leitura flutuante como contato inicial com os dados obtidos por meio do questionário e da entrevista, uma vez que nessa etapa “pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas com materiais análogos” (BARDIN, 1977, p.96)

Após a pré-análise, a análise do material envolveu a construção de categorias segundo expressões significativas, definida como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (FRANCO, 2004, p.59).

Na presente pesquisa a análise compreendeu três etapas: na primeira foi feita a leitura do material consolidado do questionário e verificado o número de registros relacionados a cada um dos núcleos orientadores para poder identificar as unidades de contexto e de registro. Na segunda fase ocorreu a exploração do material mediante a codificação, classificação e escolha da unidade temática e seus sub temas, a discussão com dados oriundos da literatura e por fim a sistematização das análises para elaboração das conclusões.

A sistematização das análises possibilitou chegar à etapa final, tecendo algumas conclusões. Neste sentido, Gil (2007) menciona que a análise final objetiva que as conclusões do trabalho sinalizem para pistas e indicações que possam fundamentar propostas de planejamento, transformações de relações, mudanças institucionais, entre outras.

4.6 Procedimentos éticos

Em observância à resolução 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo atendeu às normas éticas e científicas envolvendo autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade em relação aos ACS.

A pesquisa foi submetida e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, datada de 26 de outubro de 2012, com o parecer favorável de nº 132.074. (Anexo A)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A expansão da Estratégia Saúde da Família coloca em destaque o ACS na condição de importante ator social para viabilização dessa política de saúde, evidenciando a necessidade de desenvolver estudos sobre seu perfil social, ocupacional e o processo de formação profissional.

Assim, com esse intuito, o presente estudo desenvolveu-se em torno de quatro eixos: perfil socioeconômico, atribuições, formação e práticas educativas dos ACS inseridos na ESF do município de Altamira/PA.

5.1 Perfil socioeconômico dos ACS

Quando criado o PSF, hoje, ESF foram convidados para ser ACS os presidentes de associação de moradores e líderes comunitários, pois já desenvolviam atividades em prol da comunidade e ser ACS foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho (SANTANA et al., 2009).

No sentido de caracterizar o perfil dos ACS participantes da pesquisa foram investigados aspectos do perfil socioeconômico relacionados à idade, naturalidade, sexo, estado civil, cor da pele autodeclarada, rendimento mensal e data de ingresso como ACS.

As idades dos ACS participantes da pesquisa que compõem a ESF foram agrupadas em intervalos de cinco anos. O quadro 1 mostra que a maioria dos ACS tem entre 43 e 47 anos e entre 33 a 37 anos (24% respectivamente), seguida de 38 a 42 anos (16%), o que permite dizer que estão em consonância com os estudos estatísticos do IBGE, os quais revelam grande parte da população brasileira dessas faixas etárias ativa no trabalho.

Quadro 1 – Faixa etária dos ACS que compõem a ESF no município de Altamira/PA

Idade	Frequência	%
53 a 58	05	8,0
48 a 52	08	12,0
43 a 47	15	24,0
38 a 42	10	16,0
33 a 37	15	24,0
28 a 32	10	16,0
TOTAL	63	100,0

Fonte: pesquisa de campo/2013

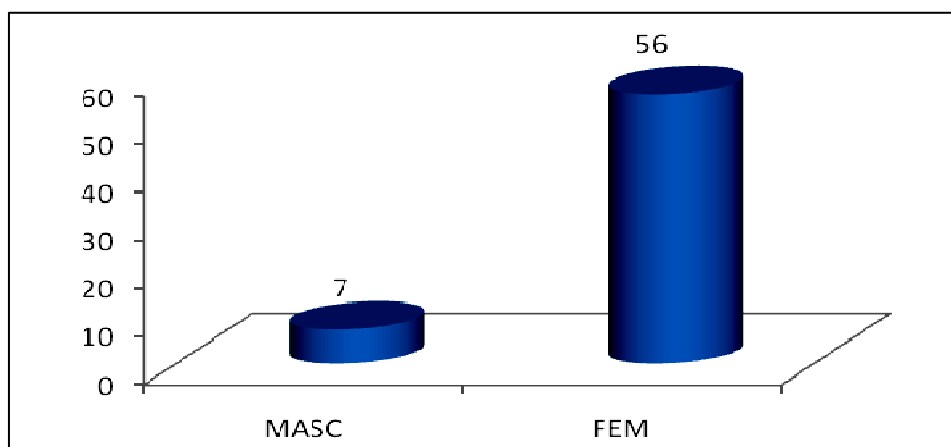
A distribuição dos ACS segundo sua naturalidade mostra que aproximadamente a metade dos ACS (50,8%) é originária da cidade de Altamira/PA, 12% vem do Estado de Maranhão, e 46% são oriundos de outros estados brasileiros como: Amapá, Tocantins, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

É possível observar que a maioria é originária do próprio município de Altamira, o que se torna um fator importante que pode facilitar a inserção comunitária na sua área de trabalho.

Podemos observar um aspecto importante referente à migração que, segundo Dias e Gonçalves (2007), revela que ela é movida por vários fatores, entre eles o socioeconômico, em busca de melhores condições de vida.

O gráfico 1 mostra que, entre os entrevistados, 56 (88,9%) são do gênero feminino e 7 (11,1%) do masculino, sinalizando para uma maior afinidade de mulheres que se identificam com o programa. Essa característica, por sua vez, pode possibilitar uma interação profissional/comunidade mais afetiva, visto que, historicamente, o atendimento às comunidades carentes era realizado por freiras e mulheres voluntárias da própria comunidade que trabalhavam e ofereciam orientações básicas de saúde.

Mota e David (2010) associam o trabalho do ACS ao trabalho doméstico feminino que, segundo os mesmos possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde. Uma questão interessante também destacada por Mota e David (2010), é a de que a mulher por trabalhar próximo a sua residência pode controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos e que o homem como ACS é visto como um profissional e a mulher como uma amiga. Santana et al. (2009) relacionam o elevado número de mulheres na profissão de ACS com achados históricos e relatam em sua pesquisa o fato da mulher ser vista na idade média como cuidadora fato este que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado pela mulher.



Fonte: pesquisa de campo/2013

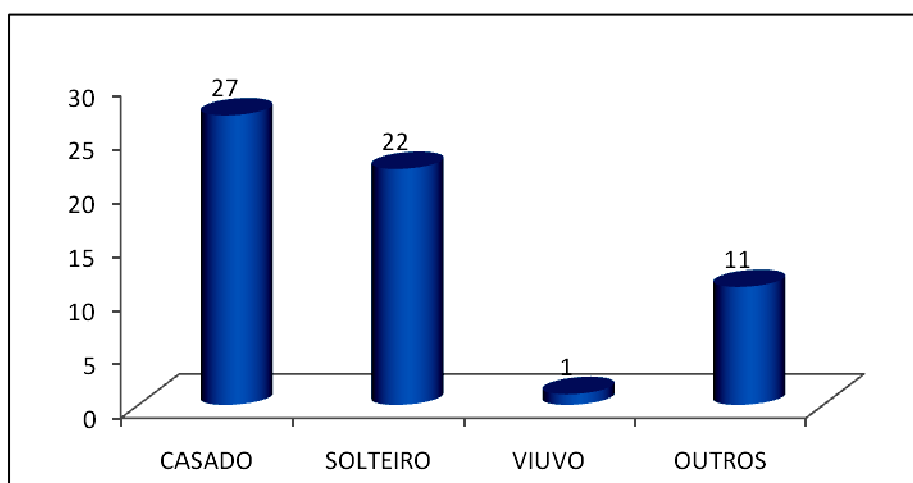
Gráfico 1 – Distribuição de gênero dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.

O predomínio de mulheres pode estar relacionado ao movimento da Igreja Católica por meio de programas assistenciais para comunidades carentes, geralmente desenvolvidos por mulheres, a exemplo da pastoral da criança.

Com efeito, Tereza Ramos, ex-diretora de saúde (Conas), menciona que sua primeira experiência como agente de saúde em Recife decorreu de seu engajamento na pastoral e no instituto Materno Infantil de Pernambuco. Na época, selecionavam-se grupos na comunidade que, após breve treinamento, atuavam com mulheres gestantes, grupos de crianças e pessoas idosas

portadoras de hipertensão e diabetes. Havia ainda o grupo técnico, com enfermeiro, médico e freira, acompanhando as atividades.

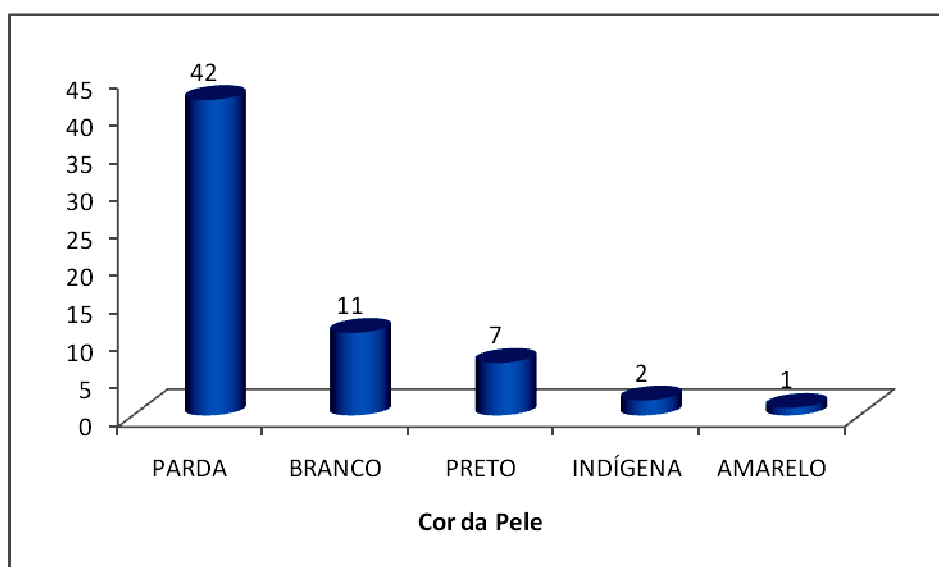
O gráfico 2 traz o estado civil dos ACS, evidenciando que 27 (43%) são casados, 22 (35%) solteiros, 1 (1,6%) viúvo e 11 (17,5%) têm outros tipos de relacionamentos. O estado civil ou vínculo conjugal desses profissionais pode ser um indicador de permanência na microárea onde moram e atuam.



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 2 – Frequência quanto ao estado civil dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.

O gráfico 3 mostra a distribuição dos ACS integrantes da ESF, segundo cor da pele auto referenciada. Observa-se predominância da cor parda, com 42 (66,6%); em seguida, branca, com 11 (17,5%), preta, 7 (11,1%), 2 (3,1%) indígenas e 1 (1,5%) amarelo, o que pode ser representativo das características do conjunto da população.



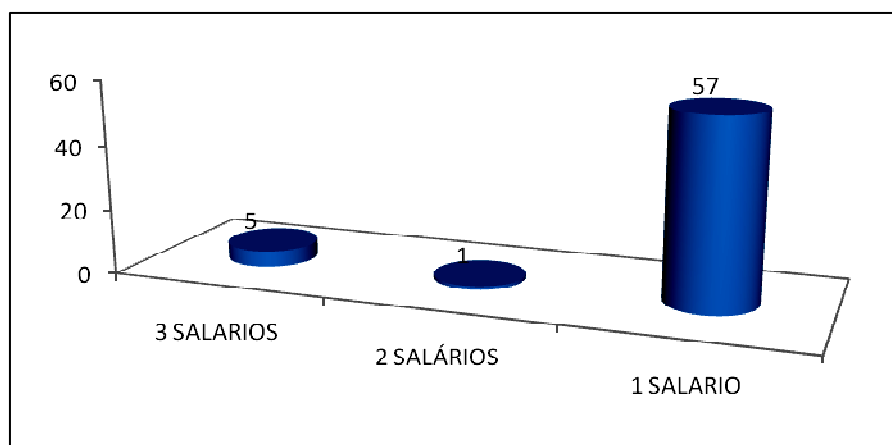
Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 3 –Frequência da cor autodeclarada pelos ACS da ESF - Altamira/PA , 2013.

Segundo portaria nº 2488 do Ministério da Saúde, esse profissional deve receber um salário mínimo pela sua função. A figura 4 ilustra a renda mensal dos ACS, mostrando que 57 deles recebem um salário mínimo, um tem rendimento de dois salários e cinco recebem três salários mínimos.

Estes últimos seis ACS possuem outra atividade, fora do seu horário de serviço, onde complementam a renda trabalhando como garçons, atendentes e outros.

A luta política movida pela Associação Nacional de Agentes de Saúde levou à elaboração de um documento, encaminhado a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reivindicando, ao Estado, que se responsabilizasse pela sua remuneração. Tal reivindicação foi incluída no relatório final da conferência, cujo texto se refere à “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (Conferência Nacional de Saúde, 1986)

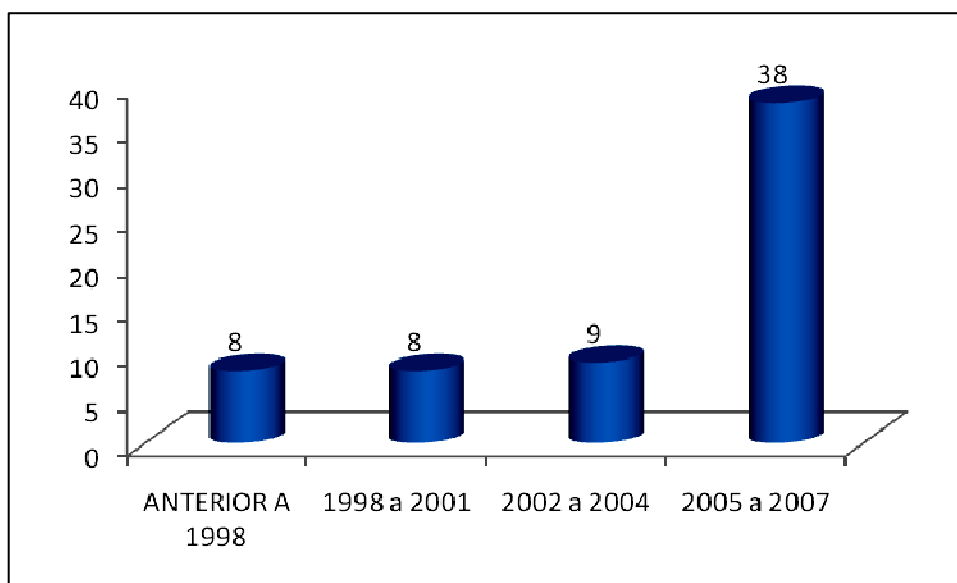


Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 4 –Distribuição do rendimento mensal dos ACS da ESF - Altamira/PA, 2013.

O gráfico 5 traz uma série cronológica do início da implantação do programa de agente comunitário de saúde no município de Altamira. Evidencia uma concentração significativa no período de 2005 a 2007, com 38 ACS, sendo 25 distribuídos nos anos anteriores.

Observa-se que ainda há ACS atuando desde sua implantação na SESMA, na década de 1990, e que hoje estão locados na Estratégia Saúde da Família (ESF).



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 5 – Distribuição temporal quanto ao início de trabalho dos ACS da ESF Altamira/PA, 2013

Podemos fazer uma leitura histórica da origem do programa, em 1987, quando teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, experiência inédita em dois aspectos: por ter sido a primeira vez em que se trabalhou em ampla escala com os ACS e por ter alterado um plano para a seca, empregando temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando, para tanto, os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal.

Em 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, foi criado o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (Pnacs), cujo propósito era atender a população de baixa renda. A partir de então, foi possível perceber o aumento progressivo do ingresso de ACS nos serviços de saúde, especialmente no período de 2006-2007. Esses dados revelam a adesão e a expansão do programa no município de Altamira.

A partir de 2006, foi conquistada a contratação formal e direta pelo Estado, mediante seleção pública, para os ACS e agentes de endemias, garantida pela

emenda constitucional nº 51, de Fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006). Entretanto, esses direitos conquistados, frutos da luta e mobilização coletiva dos ACS, não eram assegurados, mantendo-se a precarização dos vínculos de trabalho e da formação profissional. Foi com a lei 11350, de outubro de 2006 que se garante o vínculo efetivo do ACS na sua relação de trabalho.

Dubar e Tripier (1998) fazem uma reflexão nos casos dos assalariados, nos quais o status do emprego, a duração do trabalho e as formas de remuneração constituem fatores de segmentação. Não existe profissão estável, o que há são processos de estruturação e desestruturação profissionais, em que os ritmos históricos, as formas culturais e as configurações políticas são variáveis.

Nesse sentido, é necessário levar em conta os traços de subjetividade para a compreensão dos processos coletivos, na tentativa de romper com a exclusão de alguns grupos do campo das profissões e mostrar que os problemas de trabalho e o sentido da vida profissional concernem a todo mundo.

O ACS caracteriza-se, essencialmente, por apresentar um perfil socioeconômico semelhante e fazer parte da comunidade de usuários na medida em que é uma pessoa que apresenta semelhanças com o público-alvo de serviço de saúde.

Sua integração na equipe de saúde é justificada pela suposta dificuldade dos profissionais dos serviços públicos de saúde de se relacionarem mais proximamente com a população. O ACS é caracterizado essencialmente por fazer parte da comunidade de usuários, de ser um semelhante do público-alvo do serviço de saúde, tendo, inicialmente, apenas que saber ler e escrever, ser maior de 18 anos e possuir “pendor à solidariedade”.

A função exercida pelos ACS estaria fundamentalmente ligada às políticas públicas de saúde, embora seja distinta daquela exercida pelos outros profissionais de saúde, por não estar diretamente relacionada à assistência. Além disso, em tese, seu desafio é justamente o desenvolvimento de ações que propiciem a materialização das diretrizes do SUS, considerando-se uma nova concepção de saúde que inclui os determinantes sociais do adoecimento.

O profissional que atua em saúde pública sabe, ou precisaria saber, o quão importante é o trabalho dos ACS, principalmente porque eles são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica instituídos pelo governo, atuando como comunicadores e tradutores desses programas para a população.

Segundo Nunes (2002), esses atores ocupam posição privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção em saúde. Sua percepção em relação à realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

As identidades constituem modelos culturais de organização, formas de enfrentar situações, dos valores, crenças e representações empregadas na atividade profissional, como dos espaços ocupados fora do trabalho. Ele é um membro da comunidade em que vive e trabalha e desta forma convive com a realidade do local e interage com os valores, linguagem, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações desse ambiente.

5.2 Atribuições legais dos ACS

As atribuições dos agentes são construídas, fundamentalmente, com base na política pública de saúde, por meio da qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de risco e as atividades educativas a serem desenvolvidas, o que reforça a importância de acompanhar o efetivo cumprimento dessas ações.

Assim, os ACS participantes da pesquisa foram questionados sobre o cumprimento das atribuições determinadas pela portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Suas respostas encontram-se no Quadro 2

Quadro 2 – Distribuição da frequência absoluta e porcentagem, dos ACS quanto ao cumprimento das atribuições determinadas pela portaria nº 2488 de Altamira-Pará, 2013

Atribuições	Sim	Não	Parcialmente
1. Orienta as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na rede?	63 (100%)	0	0
2. Acompanha, por meio da visita domiciliar, as famílias e indivíduos de sua microárea de referência uma vez ao mês?	62 (98%)	1 (1,6%)	0
3. Mantém a equipe informada sobre os agravos de vigilância em saúde (por exemplo: dengue, malária, leishmaniose e outros)?	58 (92%)	3 (4,8%)	2 (3,2%)
4. Desenvolve ações educativas, visando à prevenção das doenças?	56 (88,9%)	2 (3,2%)	5 (7,9%)
5. Desenvolve ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade?	55 (87,3%)	2 (3,2%)	6 (9,5%)
6. Realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea?	53 (84,1%)	3 (4,8%)	7 (11,1%)
7. As visitas são programadas em conjunto com a equipe saúde, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade?	47 (74,6%)	5 (7,9%)	6 (9,5%)
8. Realiza acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família ou outro programa social implantado pelos governos federal, estadual e municipal?	31 (49,9%)	21 (33,3%)	11 (17,4%)

Fonte: pesquisa de campo/2013

Nota-se, segundo os dados coletados na presente pesquisa, que as atribuições 1, 2 e 3 são desenvolvidas de maneira satisfatória em mais de 90% dos casos. Já, as atribuições 4, 5 e 6 são desenvolvidas em aproximadamente 80% e 90% das situações. Já a atribuição 7 é realizada em apenas 74,6% dos casos, o que pode sinalizar para a existência de dificuldades no que se refere à programação das visitas domiciliares em conjunto com a equipe saúde, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade.

A atribuição 8 apresenta o menor grau de realização, com apenas 49,9%. Esse fato também merece atenção do gestor devido à importância dos programas sociais como o Bolsa Família, especialmente na região Norte.

A Bolsa Família é um programa social que beneficia as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo país. O Bolsa Família está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

O Bolsa Família possui três eixos principais: a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias de modo que os benefícios consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que o cumprimento de suas atribuições por parte do ACS é importante para o desenvolvimento das ações de saúde da SESMA. O cadastramento da população residente no território é necessário, pois a Equipe de Saúde da Família é responsável por ações de vigilância em saúde da população, o que requer conhecimento do total de moradores da área de descrição. O cadastramento de toda a população é realizado pelo ACS, mesmo que uma parcela dela não utilize a unidade de saúde. A descrição da clientela é:

um processo concomitante e interdependente da definição do território, consolidando-se com o cadastramento; utiliza-se uma ficha de cadastramento familiar, (padronizada pelo ministério da saúde - ficha a do sistema de informação da atenção básica-siab). essa ficha que contém dados demográficos, sociais e de utilização dos serviços de saúde, deve, após digitação no banco de dados do siab, ser arquivada no prontuário familiar, no centro de saúde (ANDRADE et al., 2006, 84).

No processo de gerenciamento, os dados obtidos pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família são codificados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, sendo que cada profissional de saúde terá que preencher uma ficha modelo para registrar suas atividades diárias realizadas na unidade de saúde ou comunidade.

A criação do SIAB teve o objetivo de garantir às unidades de saúde o acompanhamento e o monitoramento das ações do PSF, constituindo o principal Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica por abranger grande número de dados/informações registrados pelas ESF.

O SIAB foi idealizado para agregar e processar as informações sobre a população acompanhada pelas Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Essas informações devem ser obtidas por meio do preenchimento de fichas de cadastramento e de acompanhamento das famílias e analisadas com base nos relatórios de consolidação dos dados. Esses relatórios permitem que as ESF conheçam a realidade social, econômica e sanitária da população acompanhada, favorecendo o processo avaliativo da adequação dos serviços de saúde oferecidos.

Segundo consta no manual do SIAB (2003) em grande parte, o processo de coleta e sistematização de dados é realizado pelos diversos instrumentos do SIAB, por meio dos quais são obtidos dados/informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. O SIAB dispõe de várias fichas que devem ser preenchidas para o levantamento de dados, cujos preenchimentos são de responsabilidade de diferentes profissionais da ESF, iniciando-se com o trabalho dos ACS. Inicialmente, os agentes comunitários de saúde cadastram todas as residências de sua área de abrangência, incluindo casas vazias ou em construção. Para o preenchimento dessa ficha – que corresponde à Ficha A - a unidade de análise (ou observação) é o domicílio. Após essa etapa, o agente comunitário realiza uma visita para o preenchimento do cadastro das famílias de cada residência (Ficha A). Com a Ficha A, é possível fazer um levantamento das características da população da área de abrangência do agente, com dados sobre o número de crianças e gestantes, entre outros. Feito o cadastro inicial, os ACS devem acompanhar as famílias mensalmente. Caso algum morador da área apresente condição referida, por exemplo existência de grávidas, idosos e/ou doença, o acompanhamento do morador deve ser realizado e as

informações adicionais inseridas em outra ficha, a Ficha B, que contempla os grupos de crianças, gestantes, pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase.

As fichas preenchidas devem permanecer em poder do próprio ACS durante todo o ano para realização do acompanhamento dos usuários da microárea de abrangência. Mensalmente, os ACS devem preencher o consolidado desse acompanhamento conjuntamente com o enfermeiro para o fechamento do Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2). Assim, cada microárea de abrangência deve ter uma SSA2 de posse do ACS responsável pela área.

Portanto, os agentes comunitários de saúde não podem ser vistos como trabalhadores desvinculados das políticas sociais do Estado. Silva e Dalmaso (2002) ressaltam que, após o PACS, o ACS tornou-se um ator efetivo do trabalho em saúde, essencial no processo de estruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente à ampliação da abertura assistencial, com expansão do acesso pelo acolhimento por ele feito, identificando a necessidade de encaminhamento e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Segundo Nunes (2002), eles estão situados de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrada no paradigma da promoção em saúde, e, portanto, a percepção desses agentes em relação à realidade de cada comunidade é fundamental para o processo educativo e participativo da população.

5.3 Características do ACS que compõem a ESF

Os ACS foram indagados sobre quais as características que o ACS precisa apresentar. Eles atribuíram características importantes para a função que realizam na comunidade tais como apresentados no quadro 3. Além disso citaram apenas uma vez características como: pontualidade, motivador, multiprofissional, líder, honesto, amor, humildade, desafio, popular, observador e sinceridade.

As seguintes expressões reforçam as qualidades valorizadas pelos ACS para exercer as suas funções e o comprometimento com a comunidade:

“...ser compreensivo, tentar ajudar a comunidade, sempre a comunidade é alvo de tudo; sempre ela tem que está em primeiro lugar.” ACS-21

“...os ACS deveriam ser mais valorizados porque nós somos informantes de tudo que acontece na nossa comunidade.” ACS-38

O ACS é o trabalhador com muitas funções estratégicas para viabilização das metas da atenção preconizada: atuar como ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e construindo vínculos com a comunidade atendida.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), constitui “elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde em especial de programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde no país”.

Quadro 3 – Distribuição das características pessoais apontadas pelos ACS que compõem a ESF no município de Altamira/PA, 2013

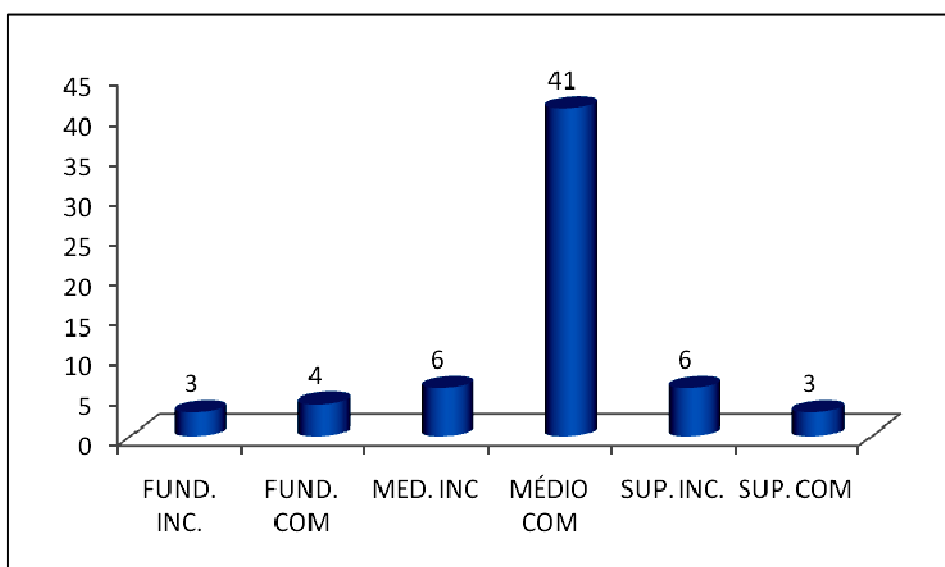
Características	Quantidade de citações
Comunicativo	17
Ser amigo	13
Ética	12
Orientador	10
Prestativo	9
Companheiro	8
Dedicação	8
Compromisso	7
Ajuda a comunidade	6
Responsável	5
Importante na implantação do SUS	4
Elo de ligação	4
Pontualidade	4
Disponibilidade	4
Cuidar da família	3
Atencioso	3
Educador	3
Responsabilidade	3
Ser imparcial	2
Dedicação	2
Criatividade	2

Pesquisa de campo/2013

Neste quadro fica evidente a característica da comunicação, sendo esta pontuada na fala dos ACS, sendo destacada também com menor frequência a de educação. Dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contexto de práticas educacionais. Neste sentido, L'Abbate (1994) e Smeke e Oliveira (2001) concordam quanto à compreensão de que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

5.4 Formação do ACS que compõem a ESF

Em relação à escolaridade dos ACS que compõem a Estratégia Saúde da Família, entre os 63, 3 têm ensino superior, 6 ensino superior incompleto, 41 ensino médio, 6 ensino médio incompleto, 4 ensino fundamental completo e 3 ensino fundamental incompleto. Observa-se que o nível de escolaridade está concentrado no ensino médio. O gráfico 6 mostra a escolaridade dos ACS que atuam na ESF.



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 6 – Frequência quanto à escolaridade dos ACS da ESF – Altamira/PA, 2013.

Apesar de o ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral sua formação profissional tem sido marcada pela precariedade e diversidade, considerando que, para essa função, desde o PACS, o Ministério da Saúde estabelecia, como critérios de escolaridade, apenas as habilidades de ler e escrever.

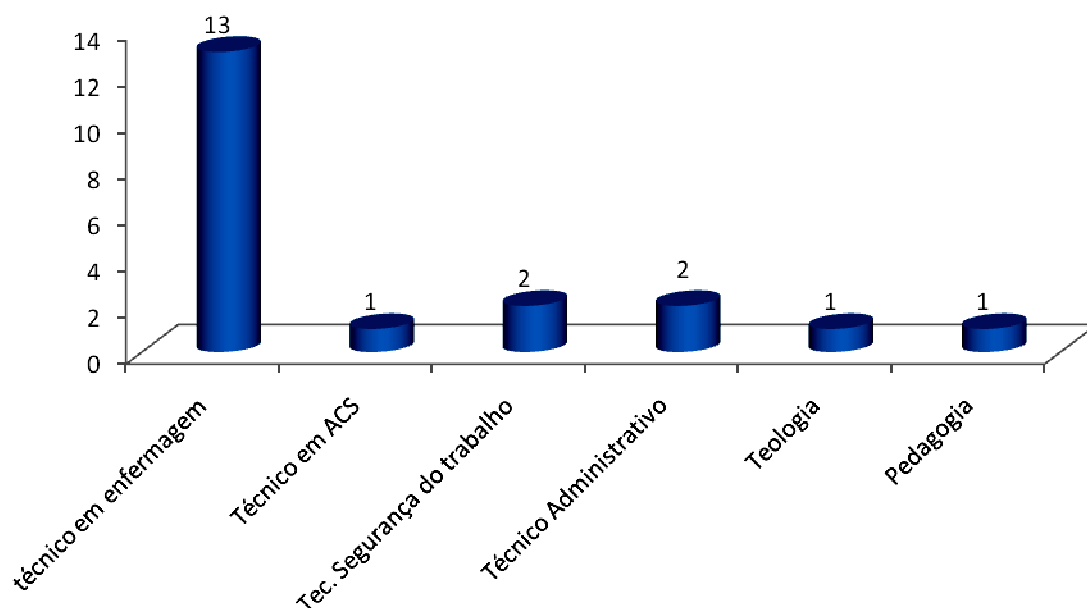
A escolarização ainda se apresenta como um aspecto que vem mudando ao passar dos anos de existência desse trabalho do SUS. Mota e David (2010) relatam em sua pesquisa que quando na ESF, 9,6% dos ACS possuíam apenas o ensino fundamental e atualmente este índice é de 2,7%, o nível de instrução predominante é o nível médio, em concordância com os dados encontrados na presente pesquisa. Outro estudo considera que quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ, AERTS, 2005).

Quando os ACS foram interrogados se realizaram outra formação, apenas 20 responderam afirmativamente. Observa-se que o curso técnico de enfermagem predomina entre os demais, seguido de Técnico em ACS, Técnico em Segurança no trabalho, Técnico em Agente Administrativo, Teologia e Pedagogia, o que confirma que a afinidade com o curso oferece melhor subsídio para o bom desempenho de seu trabalho e aproximação devido ao cotidiano do serviço de ESF observado no gráfico 7.

A incorporação dos ACS a à ESF trouxe à discussão a questão de sua identidade profissional. O debate foi pautado pela polêmica questão do relacionamento do ACS com a estrutura profissional da enfermagem.

Refletindo sobre o movimento do ACS (agente articulador entre a comunidade e os serviços de saúde), observa-se uma construção histórica de sua identidade profissional. Neste sentido, Lima e Braga (2006) referem que o “profissional” leigo foi escolhido por seu potencial transformador, com possibilidade para a formação de uma consciência crítica nas comunidades.

Considerar o processo de formação do ACS é relevante já que ele requer um olhar especial, pois, vivencia realidades altamente diversificadas em sua comunidade com diversos cenários e o mesmo almeja conhecimento para suprir sua lacuna de necessidade e dar uma resposta satisfatória para as famílias que assiste.



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 7 – Distribuição do tipo de formação cursada pelos ACS da ESF Altamira/PA, 2013.

Silva e Dalmaso (2002) identificou que o ACS não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

No que se refere à qualificação, vale mencionar também que esse profissional não tem formação pedagógica que alie a sabedoria popular advinda da comunidade ao conhecimento técnico-científico, o que seria desejável para o desenvolvimento de práticas educativas de promoção da saúde.

Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) enfatiza a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o ACS, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação

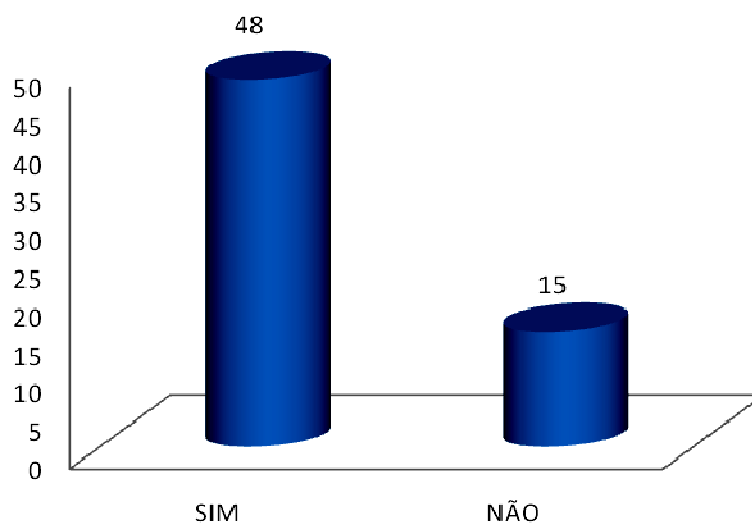
educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimento e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Entretanto, a normatização do Ministério da Saúde, portaria nº 2488, destaca que o ACS, antes de ir para comunidade, deverá participar de um curso de Formação Inicial, oferecido pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Só após essa qualificação, poderá ir a campo, trabalhar na comunidade.

Ao longo das duas décadas que se seguiram à institucionalização do PACS desse trabalhador, a formação e a despreciação dos vínculos têm sido os principais objetos da luta empreendida pela Conacs (Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde). Sem dúvida, pelo menos no âmbito legal, vários ganhos foram obtidos, tais como a criação da profissão, no ano 2002, o aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do “Referencial curricular para Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde”, no ano de 2004 (BRASIL, 2004)

A lei nº 10.507 teve o papel de reconhecer os ACS como uma categoria profissional e de incentivar o processo de formação desses trabalhadores.

Embora a institucionalização do curso de formação inicial, os dados obtidos nesta pesquisa mostram que apenas 48 (76%) agentes o realizaram sendo que 15 (24%) não o frequentaram por falta de oferta (Gráfico 8).



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 8 – Frequência da realização do curso de formação inicial entre os ACS da ESF – Altamira/PA, 2013.

Os dados demonstram que houve descontinuidade no processo de oferta do curso de formação do ACS para assistência à comunidade (área adscrita) por parte da SESMA. Alguns relatos de ACS que ingressaram no programa no período de 2006 e 2007 evidenciam essa lacuna:

“...Não tive o curso de formação, mas, com o decorrer do trabalho, fui adquirindo com os amigos de profissão, os mais antigos...” ACS-40

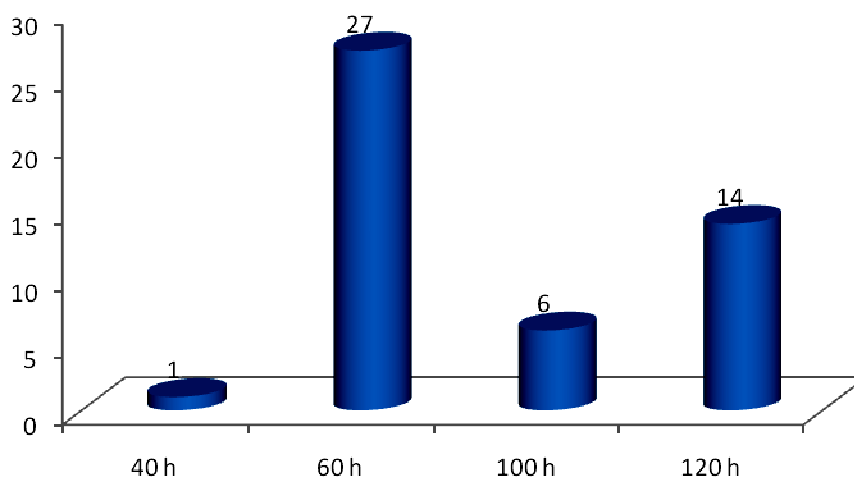
“...Não fiz nenhum curso; me basei nas experiências adquiridas nos serviços prestados como voluntário na pastoral da criança e no serviço comunitário...” ACS-01

“...Não tive formação, aprendi com a prática.” ACS-32

Evidencia-se na maioria das regiões do país que os ACS iniciaram seus trabalhos sem formação específica, receberam informações básicas sobre o que coletar em suas visitas e aprendem no cotidiano do seu trabalho o aprender-fazendo, dependendo do julgamento pessoal (CORIOLANO et al., 2012).

Os autores enfatizam que a qualificação é importante, já que verifica-se que esse profissional não tem contato com ferramentas de ensino-aprendizagem que aliem o conhecimento popular trazidos da comunidade com o conhecimento técnico-científico, indispensável para a apropriação de práticas de promoção à saúde.

Além da descontinuidade na oferta do curso de Formação Inicial também existe falta de padronização na carga horária. Nesse sentido as respostas dos ACS permitiram identificar uma variação importante, o que sugere que a SESMA não uniformizou o curso de formação para os ACS, inserindo-os, diretamente nas equipes da ESF. O gráfico 9 permite observar essa questão.



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 9 – Distribuição da carga horária do curso de formação inicial aplicado aos ACS da ESF – Altamira/PA, 2013.

Importante lembrar que o primeiro projeto de qualificação do ACS foi promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETES) na gestão de Humberto Costa no Ministério da Saúde, ainda no primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva. Constituiu uma proposta de qualificação profissional de nível básico, de 80hs. Após, considerou-se necessária uma melhor qualificação desse profissional frente à complexidade das ações por ele desenvolvidas, o que aumentaria a carga horária. A formação foi então assumida pelas escolas técnicas do SUS. Porém, o município de Altamira não participou desse processo, ficando a critério dos gestores o processo de formação.

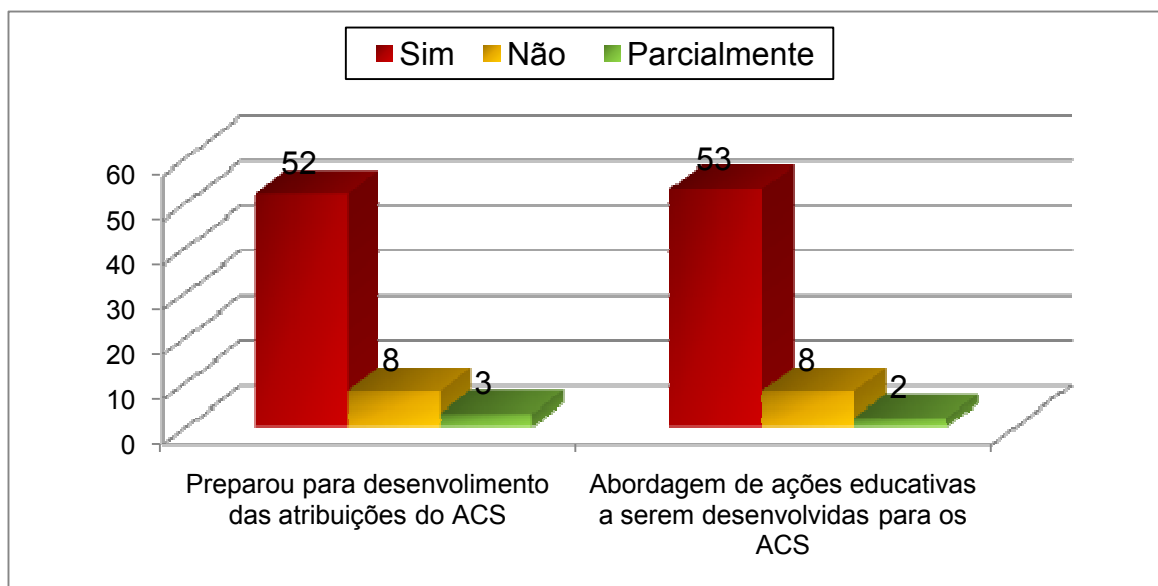
Segundo Guimarães (2007) o primeiro projeto em pauta foi uma proposta de qualificação profissional de nível básico que não constituía um itinerário formativo e apresentava uma carga horária de apenas 80 horas, restringindo-se, portanto, as exigências da nova lei.

A continuidade dessa discussão no âmbito do Ministério da Saúde ampliou-se com a participação de diversos atores, inclusive representantes das Escolas Técnicas do SUS, que passaram a discutir um perfil de competências que definisse o trabalho e a formação dos ACS.

Na presente pesquisa os ACS foram indagados se o curso de formação inicial os preparou para desenvolver as atribuições e se foram abordados assuntos sobre as ações educativas que precisam desenvolver na comunidade. O gráfico 10 evidencia que no primeiro item 52 relataram que sim, 8 não e 3 parcialmente.

No segundo item, inqueridos sobre abordagem de práticas educativas que necessitam desenvolver na comunidade, 53 relataram que sim, 8 não e 2 parcialmente.

É importante ressaltar que em ambas questões a maioria dos ACS avaliaram positivamente o curso em assuntos relevantes na preparação desses agentes para uma abordagem mais efetiva com as famílias e comunidades.



Fonte: pesquisa de campo/20130-==

Gráfico 10 – Distribuição dos temas/conteúdos colhidos no curso de formação inicial dos ACS da ESF de Altamira/PA, 2013.

Nas questões abertas sobre o curso de formação inicial, emergiram várias falas que possibilitaram a organização em duas unidades temáticas: a) Inserção na comunidade e b) subsídios para desenvolver práticas educativas.

A primeira, inserção na comunidade, emergiu das seguintes falas:

“...uma ajuda na hora de conversar com a comunidade, como informar as pessoas o modo de trabalho, cada dia um aprendizado...” ACS-22

“...Preparou-me para que tivesse um elo de ligação com a comunidade, pois ela é a principal interessada e elas são muito importante para desenvolver esses trabalhos educativos...” ACS-27

“...o foco maior é a família e o ponto de partida do ACS na comunidade. Por isso, é preciso identificar e compreender a formação e como funciona as famílias da sua área de visita e o curso nos oferecem esse aprendizado...” ACS-46

“...ajudou em nos preparar para o mercado de trabalho na comunidade facilitando a comunicação com o povo...” ACS-30

“...todos os cursos que eu participei me ajudaram muito tanto nas abordagens com a comunidade tanto na minha vida profissional, coletiva e individual...” ACS-29

“...O curso faz com que os ACS conheçam a realidade, que as ações educativas devem ser feitas na comunidade conforme as necessidades exigidas e é um curso muito importante...” ACS-31

Nota-se, que ACS valorizam no curso de formação inicial as aprendizagens sobre comunicação e o papel de agente articulador entre a comunidade e os serviços de saúde. Neste sentido, Lima e Braga (2006) referem que o “profissional” leigo foi escolhido por seu potencial transformador, com possibilidade para a formação de uma consciência crítica nas comunidades, embasado no aporte teórico de Paulo Freire (1983).

Segundo Nunes (2002), os ACS se situam de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção em saúde. Assim, a percepção desses agentes em relação ao contexto de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

No que se refere à segunda unidade temática, subsídios para desenvolver práticas educativas, foi apreendida das falas:

“...me preparou para realizar nas atividade como a orientação e informação básica desenvolver o trabalho como palestra no colégio, posto de saúde e outros...” ACS-16

“...com atividades coletivas com os colegas e programa educativo e com palestras na sala de aula e na comunidade...” ACS-23

“...treinamento, palestras, orientação a grupos alvos (gestantes, idosos crianças)...” ACS-38

“...em educação em saúde visando à prevenção, através de palestras, visitas domiciliares....” ACS-57

Nessa análise das ações educativas abordadas durante o curso de formação inicial, embora considerando diferentes contextos, observa-se um predomínio de modelo tradicional, de práticas centradas no profissional como são as palestras o que pode dificultar a compreensão da realidade dos sujeitos da comunidade levando em conta suas reais necessidades e saberes.

Nesta abordagem, o ACS procura convencer a população com relação ao valor do saber técnico-científico, não levando em consideração a existência da mediação transformadora, com o compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população.

O da educação popular é compreendido como um conjunto de ideias políticas, filosóficas e pedagógicas cujos alicerces principais são a valorização da cultura; a centralidade atribuída ao diálogo, à ética e à democracia no processo de construção de relações sociais mais justas; a necessidade de ter, como referência constante, ao longo de qualquer processo pedagógico ou de mudança social, as condições de vida das pessoas e a forma como elas convivem com essa realidade; a relação entre conhecimento e politização, entre educação e movimentos sociais, além da atenção ao cotidiano da sociedade.

A educação popular em saúde reflete e atua com base nos problemas locais, geralmente ligados ao funcionamento dos serviços de saúde e, portanto, na ponta dos procedimentos de saúde pública e próxima dos sujeitos sociais envolvidos. Busca entender, sistematizar e mediar os conhecimentos e percepções dos diferentes atores envolvidos, de modo a tornar aparentes, para serem enfrentados, os conflitos de interesses. Nas iniciativas de educação popular e saúde, uma ênfase especial é dirigida aos instrumentos e meios de comunicação e informação – como as cartilhas, vídeos, rádios e televisão comunitárias, jornais, reuniões, assembleias e cursos, para a ampliação dos canais de interação e negociação.

No processo de formação do ACS seria conveniente procurar a integração entre o conhecimento científico-técnico da área saúde e os conhecimentos construídos pela população, narrados e acumulados em suas experiências de lidar com as situações de adoecimento e de assistência precária dos serviços públicos. Seguindo essa linha, a educação popular implica abrir caminho para que a ciência se aproxime do cotidiano das pessoas (VASCONCELOS, 1997).

As demandas apontadas pelos ACS quanto aos temas que eles gostariam que fossem incluídos no curso de formação permitiu a definição de três eixos: a) demanda de conhecimento específico, b) procedimentos técnicos de saúde e de comunicação e c) relacionamento interpessoal, ética, segundo se observa no quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição dos conteúdos demandados pelos ACS para o processo de formação Altamira-PA, 2013

A. Demanda de formação conhecimento específico	
Álcool e drogas	17
Vigilância em saúde	15
Gravidez na adolescência	13
Bolsa Família	10
Violência doméstica	10
Câncer de mama	8
Sexualidade na adolescência	5
Legislação do SUS	5
Câncer de próstata	5
B. Procedimento individual (técnicos de saúde e de comunicação)	
Medir pressão	4
Primeiros Socorros	2
Arte de falar em público	3
C. Relacionamento interpessoal, ética, identidade do ACS	
Relações humanas	7
Ética profissional	2
Inter-relação com a equipe	2

Fonte: pesquisa de campo/2013

Silva e Dalmaso (2002) identificaram que o agente comunitário de saúde não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões, esperadas do seu trabalho.

No eixo demanda da formação de conhecimento específico, observa-se uma carência de conhecimentos para abordagem do usuário dependente de álcool/droga em sua área adscrita; vigilância em saúde, gravidez na adolescência, programas sociais (Bolsa Família) e outros temas, conforme o demonstrativo do quadro acima do referido eixo.

No eixo procedimento individual, destaca-se a demanda de verificação da pressão arterial, os primeiros socorros e a arte de falar em público.

No eixo relacionamento interpessoal foram elencados os seguintes aspectos: ética, identidade do ACS, ética profissional e inter-relação com a equipe. Os resultados revelam ser necessária implementação de processos de educação permanente além dos conteúdos estudados no curso de formação inicial, pois, por meio de suas vivências cotidianas com a comunidade onde atuam, se deparam com uma realidade que, muitas vezes, tais como nos casos de ACS que assistem famílias em risco de vulnerabilidade, exige conhecimentos além daqueles adquiridos durante sua formação introdutória.

A educação permanente em saúde propõe a agregar ao aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolutividade da clínica e promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004). Esta tem como eixo norteador a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde, a produção e a disseminação do conhecimento (BRASIL, 2003).

A proposta da educação permanente foi desenvolvida como estratégia para se alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Parte de que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados, sendo válidos na solução dos problemas encontrados, tanto o conhecimento científico como o popular. Nessa perspectiva, a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinado, dessa maneira, sua aprendizagem subsequente (LOPES et al., 2007).

Uma das principais atribuições do agente comunitário de saúde diz respeito à educação em saúde, quando utiliza suas ferramentas para trabalhar em sua comunidade, levando seu conhecimento técnico e fornecendo a ela informações básicas de saúde. O ACS constrói, mediante sua prática, um saber, uma *expertise* que o orienta no cotidiano do trabalho e que subjaz à sua resposta tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas quanto às da equipe e dos usuários.

5.5 Práticas educativas do ACS na comunidade

Os ACS desenvolvem atividades educativas como palestras e visitas domiciliares que consistem em orientações pessoais sobre higiene corporal, alimentação, orientação sobre uso de medicamentos e cuidados com a contaminação da água e alimentos orientação para atender os requisitos dos programas sociais (atualização da carteira de vacinação, peso das crianças e acompanhamento de gestantes). Os recursos utilizados consistem em materiais, como folders, cartazes, panfletos que facilitam a visualização dos temas abordados. Indagados sobre as práticas educativas realizadas com a comunidade assim responderam:

“...reunir as pessoas com mais interesse como: hipertenso, diabético.. que se interessam mais por cuidados com sua saúde...” ACS-27

“...o uso do hipoclorito de sódio, que a comunidade acha ruim o gosto, mas consegui fazer com que a mesma aceite, através de palestras educativas e expliquei a necessidade de usá-lo para melhorar a água..” ACS-51

“...Realizar as ações de forma individual em cada família, os jovens são mais comunicativos com assuntos polêmicos como: sexo, droga e uso de preservativos.” ACS-47

“...com palestras, orientações de prevenção e combate as doenças.” ACS-50

“....Utilizamos panfletos, folders, cartazes e outros materiais visuais são muito bons porque prende a atenção deles.” ACS 60

De acordo aos relatos, os ACS realizam atividades educativas individuais e coletivas em diferentes cenários. De acordo aos relatos, nas situações em que

precisa referenciar o estado de saúde do usuário, o ACS preenche uma ficha de referencia para a Unidade de Saúde na qual esse usuário é cadastrado para que realize seu agendamento na Unidade. No caso de impossibilidade de traslado do paciente, por exemplo: pacientes acamados, o ACS notifica a equipe de saúde para agendar uma visita domiciliar junto com os outros profissionais.

As práticas educativas coletivas, segundo os relatos, são reuniões e palestras que podem acontecer nos postos de saúde, igrejas, escolas, associações comunitárias ou domicílios. Os temas abordados são relacionados à saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e aqueles decorrentes de demandas específicas, identificadas durante sua inserção na comunidade.

Observa-se, nas falas dos sujeitos, que dentre os diversos espaços de saúde, destacam-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas. Vasconcelos (1989) acredita que isso decorre da particularidade desses serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde.

Sob a ótica do poder público, considerava-se que o trabalho dos agentes na implantação de ações simplificadas contribuiria também para evitar a sobrecarga do sistema de assistência à saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

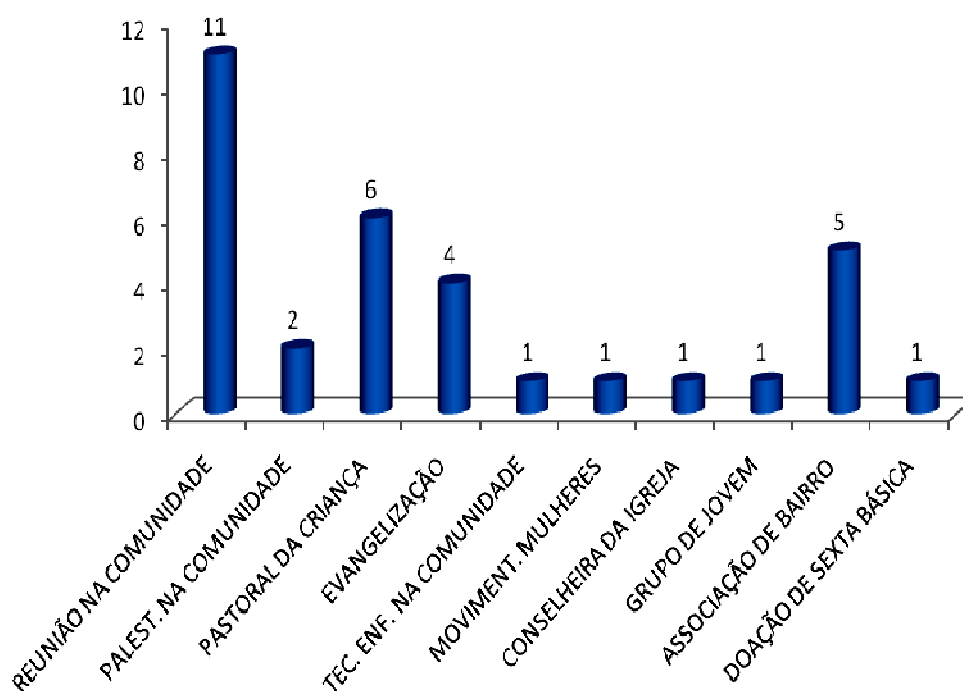
A Estratégia de Saúde da Família tem inovado na busca por propostas que assegurem acessibilidade e uma maior utilização da APS (Atenção Primária a Saúde) como primeiro contato com o sistema de saúde. O acolhimento, a colocação de cartazes comunicando os horários de funcionamento, a disponibilidade dos integrantes da equipe, os turnos vespertinos e o agendamento da demanda são alguns exemplos de esforços nesse sentido. É essencial o trabalho em parceria com a comunidade de forma a diminuir as barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços.

Os dados coletados permitiram confirmar que a maioria (52%) dos ACS realizam também atividades na comunidade na condição de voluntários. Pois no

seu cotidiano além de assumir responsabilidade de fazer um intercâmbio entre a população e a ESF, o ACS é um membro da comunidade em que vive e trabalha e desta forma convive com a realidade do local e interage com os valores, linguagens, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações desse ambiente (BRAND, ANTUNES, FONTANA, 2010).

Isso demonstra a afinidade com a sua própria área que atua e seu verdadeiro papel de articulador com os serviços públicos de saúde e no âmbito social. Sua interface com a comunidade observa o envolvimento em instituições não governamentais como: pastoral da criança, da saúde, grupo de jovens, evangelização, associação de bairros, e outros.

Nesse contexto observa-se as diferentes dimensões de sua atuação, as previstas e as necessárias que são evidenciadas no gráfico 11 o tipo de trabalho voluntário realizado pelos ACS.



Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 11 – Distribuição das ações voluntárias realizadas pelo ACS da ESF – Altamira/PA, 2013.

A seguir algumas das respostas que permitem perceber a importância que estas atividades têm para o ACS:

“Hoje estou afastada mas pretendo em breve voltar, atuei como catequista, fui voluntária da pastoral da criança durante 10 anos.” ACS-32

“Realizo evangelização com as crianças da minha comunidade.” ACS05

“Sou catequista da igreja católica e desenvolvo trabalho nos finais de semana.” ACS36

“Sou representante de bairros e realizo reunião mensal com minha comunidade.” ACS22

“Conselheira de adolescente na igreja da minha comunidade.” ACS 42

“Nos finais de semana faço trabalho voluntário na igreja com os idosos.” ACS 54

“Faço parte dos movimentos de mulheres e realizo palestra para esse grupo.” ACS24

As falas dos ACS evidenciam o desenvolvimento de práticas educativas em diferentes contextos, além das relativas a sua função específica como ACS.

A institucionalização dos ACS iniciou-se na década de 1970, em diversas regiões do país, por meio da incorporação ao sistema de saúde de trabalhadores voluntários ou de participantes leigos, interessados em contribuir com ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não contribuíam para a previdência social e que, portanto, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns voluntários eram

militantes políticos e /ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a Pastoral da Criança e as dioceses relacionadas com a Igreja Católica

Este comprometimento e engajamento com a comunidade é relevante na escolha do ACS em virtude de seu potencial transformador, com possibilidades para a formação de uma consciência crítica nas comunidades, embasado no aporte teórico de Paulo Freire (1982), constituindo-se no elo articulador das demandas e da organização popular. Neste sentido, o que se buscava era sua identificação com o programa, cuja referência era o trabalho comunitário (LIMA e BRAGA, 2006).

5.5.1 Dificuldades no desenvolvimento das Práticas Educativas

Na presente pesquisa os ACS foram indagados sobre as dificuldades e facilidades para desenvolver as ações educativas na comunidade. As dificuldades relatadas no que se refere às práticas educativas estão apresentadas no quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição das dificuldades nas práticas educativas apartir dos ACS pela comunidade, Altamira-PA, 2013

Unidade Temática	Subtemas	Nº de reg.
a) Déficit na gestão/política	Falta de formação	20
	Falta de infraestrutura e de materiais	05
b) Perfil inadequado da equipe de saúde	Dificuldades na interface da equipe com a comunidade	13
	Desequilíbrio na relação com a equipe multiprofissional.	03
c) Escassa Interface com a comunidade	Escassa mobilização/participação da comunidade.	07
	Falta entendimento por parte da comunidade do papel preventivo do ACS.	04
d) Falta de parceria entre a Secretaria de Saúde e a Universidade		01

No que se refere às dificuldades encontradas nas práticas educativas dos ACS, segundo seus relatos, foram identificadas quatro unidades temáticas: a) déficit na gestão/política, b) perfil inadequado da equipe de saúde c) escassa interface com a comunidade e d) falta de parceria entre a secretaria de saúde e a universidade.

A) Déficit na gestão/política

Nesta unidade temática identificamos dois subtemas: Carência de formação do ACS e Falta de Infraestrutura e de apoio da gestão (falta de locais e de materiais).

O primeiro subtema carência de formação do ACS, observa-se nas seguintes falas dos sujeitos pesquisados:

*“...poucas são as facilidades e muitos atropelos.. precisamos de incentivo maior, tanto em espécie. Não basta folders e sim **uma formação continuada com uma preparação de verdade...**” ACS-01*

*“...os gestores deveriam estar olhando para o ACS com mais carinho pelo trabalho de cada um e **oferecendo curso profissionalizante....**” ACS-39*

*“...tomara que o verdadeiro sentido da frase “menina dos olhos” seja realmente o brilho, que invada a atenção básica e nos traga menos agravos de vigilância em saúde... e **nos prepare e nos capacite para esta função...**” ACS-33*

Observa-se a necessidade/carência de um programa de formação inicial e um processo de educação permanente. Neste sentido, vale lembrar que, legalmente, esses agentes devem realizar um curso de formação, oferecido pelas Secretarias Municipais de Saúde, antecedendo sua atuação na comunidade que tem mostrado descontinuidades no seu oferecimento.

O Sistema Único de Saúde apresenta como um de seus compromissos e desafios a necessidade permanente de fomentos às políticas de Desenvolvimento para os trabalhadores que integram seu cenário, propondo para tal um processo permanente de aprendizados pelo trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos valores, ideais e lutas para produzir mudanças de práticas, de gestão e de participação social (MONTENEGRO, 2010)

A luta política por eles empreendida no que se refere à conquista do direito a uma qualificação técnica e à sua inserção laboral nos quadros do Sistema Único de Saúde deve ser compreendida considerando-se o viés ideológico com o qual o Estado brasileiro elabora e coloca em prática políticas públicas de saúde voltadas para as populações carentes do país.

O segundo subtema: Falta de infraestrutura e de apoio da gestão foi identificado através da análise dos seguintes dados:

“...faltam locais para desenvolver as ações educativas e reunir a comunidade com profissionais capacitados...” ACS-03Q

*“...são várias, entre elas pode citar: **muitas vezes, saímos para campo de trabalho sem material**, como, por exemplo o cloro, bem como a resistência das próprias famílias visitadas, pois, às vezes, não tem o serviço básico de saúde para ofertar para as famílias...” ACS-05*

“...falta de apoio material e recursos da Secretaria Municipal de Saúde...” ACS-07

*“...falta de apoio da própria Secretaria de Saúde; **muitas vezes não temos o material para fazermos uma boa programação educativa na comunidade...**” ACS-23*

Nas falas dos sujeitos, observa-se a fragilidade na condução da estratégia de agente comunitário de saúde por parte da gestão municipal. Essa realidade dificulta o trabalho por carência de infraestrutura e de materiais para o bom desenvolvimento do trabalho do ACS na comunidade.

A portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011, a qual norteia as Políticas Nacionais da Atenção Básica, atribui a responsabilidade pelo cumprimento de sua obrigatoriedade às esferas nacional, estadual e municipal.

A portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de saúde que atribuiu a responsabilidade pelo cumprimento de sua obrigatoriedade às esferas municipais, estaduais e federal.

Dentro de suas normas que refere o bloco de financiamento para o PACS, neste é repassado mensalmente para os municípios o valor (950,00) por ACS para seu pagamento mensal (salário) e que no último trimestre de cada ano é repassado uma parcela extra para o PACS onde fica a cargo do gestor o investimento no programa, mais o mesmo ressalta que esse valor torna-se insignificante para contribuir e implementar as ações desejadas pela categoria.

Com relação à necessidade de uma melhor gestão na Unidade de Saúde a seguinte fala de ACS-16 reforça a questão do agendamento:

*“...**precisa organizar a demanda agendada na unidade de saúde...**”*
ênfatizando a necessidade de um **melhor planejamento** dos encaminhamentos que o ACS realiza **na comunidade durante a visita domiciliar**, já que, segundo os relatos, é frequente a falta de vagas para o atendimento.

Na minha experiência como funcionário da secretaria e pesquisador um planejamento prévio junto ao ACS, com reserva de atendimento por parte dos profissionais da equipe, poderia ser uma medida que diminui a necessidade de reagendamento dos usuários referenciados.

B) Perfil inadequado da equipe de saúde

Nesta, unidade temática, destacamos os seguintes subtemas: Dificuldades de interface entre a equipe e a comunidade, Desequilíbrio na relação com a equipe multiprofissional.

O primeiro subtema foi observado a partir das seguintes falas:

*“...falta de **compromisso da equipe do PSF** na comunidade porque muitos não se identificam com o trabalho...” ACS-11*

*“...**falta de integração da equipe** junto à comunidade...” ACS-57*

Nas expressões acima, os sujeitos pesquisados relataram que alguns profissionais não apresentam as características esperadas pela estratégia saúde da família o que dificulta o desenvolvimento e consolidação do trabalho dentro do contexto das políticas públicas de saúde.

As diretrizes da ESF buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços da atenção primária de saúde como porta de entrada do sistema, preconizando que as unidades de saúde sejam próximas às moradias das pessoas; recomendam ainda a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território.

Segundo a portaria Nº 2488 de Outubro de 2011, traz no seu conteúdo que a população adscrita (território) de uma equipe de Saúde da Família envolve uma população composta por 600 a mil famílias, não ultrapassando o total de quatro mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida. Essa área corresponde ao território de atuação da equipe.

Segundo Santos Neto (2003), é o *“Território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo, também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições”*. Essa é definição de território vivo que engloba a teia de relações humanas construídas sobre uma base geográfica, com influência de fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e

epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde doenças sobre os quais a equipe de saúde e a própria população tem corresponsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde.

A definição do território-área é o único do processo de territorialização. Esse processo, contínuo no tempo, deve levar em conta os mapas do município, mapas censitários (IBGE), condições culturais, econômicas e sociais da população local, dentre outros aspectos.

O novo modelo de saúde, apresentado pela estratégia saúde da família, não deve ser compreendida enquanto uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, sobretudo, voltada à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde o que requer pleno envolvimento da equipe de saúde com a comunidade da área adscrita (VIEIRA, 2011)

Configuram também uma nova concepção de trabalho entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade, com a não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, são necessárias mudanças profissionais significantes nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

O segundo subtema: Desequilíbrio na relação dentro da equipe multiprofissional, foi identificado após análise dos dados a seguir:

“a dificuldade é ter uma equipe completa...” ACS-02

“...falta de apoio, falta de interesse da equipe; má atendimento dos médicos...” ACS-15

“...a equipe não trabalha junto, quando vão juntos é só o enfermeiro para dar um apoio, junto com os ACS, na área para ver a necessidade do paciente de perto...” ACS-53

As falas expressam a necessidade de nova concepção de trabalho coletivo e colaborativo entre os membros da equipe, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe superando a centralidade e hegemonia do profissional médico.

Essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidades, situações que podem ser superados com a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências um dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão de cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI, MUORA, CHINELATTO, 2008).

Observa-se que o desenvolvimento do trabalho em equipe não se constitui em um processo simples. As mudanças ocorridas na modernidade, a globalização das doenças das práticas em saúde e dos hábitos de vida exigem que cada profissional se atualize constantemente para que envolva a equipe.

Assim, fazem-se necessárias mudanças na atuação dos profissionais de fato possa ocorrer a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde visando a integralidade.

No campo de saúde a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2011)

No caso da ESF, a equipe de saúde da família está preparada para escutar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial. Segundo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF o que requer uma integração da equipe de saúde.

C) Escassa interface com a comunidade

Nesta Unidade Temática foram identificados dois subtemas: Escassa mobilização/participação da comunidade e Falta de entendimento por parte da comunidade do papel educativo/preventivo do ACS.

O subtema escassa mobilização/participação da comunidade surgiu das seguintes expressões:

“Existe falta de coletividade da própria comunidade...” ACS-06

“Há dificuldade de reunir as pessoas da comunidade no local da palestra...” ACS-18

“A própria população que está desacreditada de tudo...” ACS- 29

Nestas falas podemos apreender que a população permanece passiva, no aguardo/sinalização de iniciativas do Governo para direcionamento do que deve ser feito em relação à sua participação coletiva.

As práticas educativas desenvolvidas para ensinar a comunidade na sua autonomia e no cuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis têm produzido uma normatização na vida das pessoas que muitas vezes gera conflitos e resistências na aceitação de tais orientações (PEREIRA, 2003).

Para interagir no mundo da vida e do trabalho, é necessário inserir processos de reflexão crítica para uma educação que destaque o desenvolvimento

da autonomia e da criatividade no pensar, no sentir e no querer dos sujeitos sociais (BRASIL, 2003)

Nesse sentido, os ACS precisam diversificar as práticas educativas para além das palestras incrementando as possibilidades de diálogo e troca de saberes com a população. Briceño-Léon (1999) apresenta dois princípios básicos que orientam as ações em saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio parte da premissa de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, considerando que a participação comunitária favorece sustentabilidade e efetividade das ações de saúde.

O segundo subtema: Falta de entendimento por parte de comunidade do papel educativo/preventivo do ACS, emergiu das seguintes expressões dos ACS:

*“... as ações em si são fáceis; o difícil é **convencer a comunidade que nossa presença é preventiva e não curativa...** mas nós, os ACS, temos jogo de cintura e fazemos acontecer o nosso trabalho...” ACS-01*

*“... as pessoas **ainda não se interessam muito por ações preventivas**; falta tempo para as pessoas se reunirem para que as ações sejam realizadas de forma coletiva...” ACS-47*

Um aspecto importante é o reconhecimento, por parte das famílias, do papel do ACS em uma comunidade. Vale ressaltar que seu papel é construído, fundamentalmente, com base na política pública de saúde, por meio da qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de riscos e as atividades educativas. O atual modelo se propõe superar o discurso higienista e moralista, por meio do qual o Estado exercia sua função de civilização e moralização da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas.

De acordo com Costa (1987, p.7):

A estratégia da educação em saúde foi regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos de classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e uso do saber estranhos à sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim do bom modo de andar a vida.

Esta realidade vivenciada historicamente pode ter contribuído com certa acomodação ou passividade dos sujeitos com a qual o ACS se depara em seu cotidiano junto às famílias às quais assiste.

D) Escassa parceria entre a secretaria de saúde e a universidade

A unidade temática sobre a Escassa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade emergiu durante o processo de análise dos dados. Observa-se a fala do ACS a esse respeito:

“...falta de parceria com as universidades para organizar seminários e palestras na comunidade...” ACS-35

No que tange a fala do sujeito pesquisado é a parceria entre a secretaria de saúde e a universidade, considero importante esse envolvimento da academia para implementar, junto com a Secretaria Municipal de Saúde um curso de formação voltado para os profissionais que compõem a ESF no sentido de proporcionar uma melhor compreensão de seu papel dentro da equipe e com a comunidade.

Neste sentido a integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde pode favorecer a comunidade e contribuir com o processo de formação dos profissionais da saúde.

O Ministério da Saúde chama a atenção para a formação a partir do processo de trabalho. A formação para área da saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho

e estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidados às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Dentro do contexto das dificuldades nas práticas educativas do ACS que foram destacadas observa-se necessidade de mudança em seu contexto de formação numa perspectiva de poder trabalhar melhor com a comunidade e melhor integração com a equipe da ESF, pois, o trabalho em conjunto faz com que as ações de saúde se consolidem e alcancem seus objetivos. É necessário que o apoio institucional aconteça de forma satisfatória e estimule os profissionais a se envolverem nessa política de saúde que é o SUS, visando um trabalho de forma compartilhada, ampliando a integração dos profissionais em um trabalho que busque a integralidade e intersetorialidade da atenção à saúde (PEDUZZI, 1998).

5.5.2 Facilidades no desenvolvimento das Práticas Educativas

Os ACS também relataram facilidades em desenvolver ações educativas com a comunidade, conforme evidenciado no quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição das facilidades na prática educativa apontadas pelos ACS com a comunidade, Altamira-PA, 2013

Unidade Temática	Subtema	Nº de Reg.
a) Boa interação na equipe de saúde		18
b) Apoio institucional		14
c) Interface com a comunidade	Interação com a comunidade	13
	Autonomia no autocuidado	05
	Estratégias educativas facilitadoras	04

No que se refere às facilidades encontradas para desenvolver ações educativas de acordo aos relatos dos ACS identificamos três unidades temáticas: boa interação na equipe de saúde, gestão e interface com a comunidade.

A) Boa Interação na equipe de saúde

A unidade temática, interação com a equipe de saúde, foi observada a partir das seguintes expressões:

*“... as facilidades é a **união da equipe** e o preparo dos profissionais (ACS) no desempenho das atividades...” ACS-06*

*“... é que com o material que temos em mão que nos preparamos com a **nossa enfermeira**, que além de ser uma boa enfermeira é também a nossa **amiga e aliada**...” ACS-44*

*“...se **nós trabalhamos em equipe** teremos um bom resultado em toda atividade educativa...” ACS-16*

Com base nas falas acima, observa-se que o profissional que trabalha com saúde pública sabe, ou necessitaria saber, o quão importante é o trabalho dos ACS, principalmente porque eles são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica instituídos pelo governo, agindo como comunicadores/ tradutores desses programas para a população.

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidades de contato e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético político que organiza a intervenção técnico-científica.

Segundo Nunes (2002), esses profissionais inserem-se de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial, centrado no paradigma da promoção em saúde, e, portanto, suas percepções sobre a realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

A portaria nº 2488, de 21/11/2012, refere que a mínima composição da ESF requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 6 a 12 ACS para equipe da ESF (BRASIL, 2006).

A essa composição, pode somar-se a equipe de saúde bucal, a qual, em sua modalidade 1, é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de um técnico de higiene dental (modalidade 2). Cada equipe de saúde bucal será responsável pela população de uma ou, no máximo, duas equipes de saúde da família. Cabe ressaltar que a jornada de trabalho de todos esses profissionais deve ser de 40 horas semanais.

Outros profissionais podem integrar essas equipes ou a de apoio matricial, como é o caso do NASF - Núcleo de Apoio Saúde da Família, onde encontramos psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, pediatra, educador físico e outros, conforme a necessidade de cada região.

É bastante comum haver um auxiliar administrativo para ajudar a equipe nos processos de recepção de pacientes, de registros e organização de arquivos e prontuários, além de auxiliar na alimentação do SIAB.

B) Apoio Institucional

A unidade temática: Apoio institucional, foi extraída das seguintes expressões dos ACS pesquisados.

*“...quando temos **apoio dos governantes** fica muito fácil desenvolver **essas ações na comunidade**. É muito gratificante quando realizamos essas atividades....” ACS-08*

*“....para facilitar é necessário que a **própria secretaria nos de apoio** porque muitas vezes queremos **desenvolver um trabalho na comunidade**...” ACS-23*

“... equipe completa e o apoio da secretaria de saúde...” ACS-02

Nesta unidade observa-se a opinião do ACS a respeito á importância do apoio da gestão e, por conseguinte, do cumprimento da portaria Nº 2488, de 21 de Outubro de 2011, a qual rege toda a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e para o programa de agente comunitário de saúde.

C) Interface com a comunidade

Na unidade temática, interface com a comunidade, apreendemos três subtemas: interação com a comunidade, autonomia no autocuidado e estratégias facilitadoras.

O primeiro subtema foi identificado com base nas seguintes falas dos sujeitos pesquisados:

“...a minha facilidade é o fato de que eu conheço bem a minha comunidade...” ACS-20

“...a facilidade é que a comunidade aceita e confia no ACS...” ACS-30

Nas referidas expressões, observa-se que a importância da figura do ACS surgiu na comunidade, como parte integrante desta, com o propósito de ser o elo entre a população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços, identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco, promovendo a educação da comunidade, prevenindo doenças e buscando despertar sua participação social, auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas e, ainda, atuando nos serviços na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 1991).

Silva e Dalmaso (2002) assinalam que, após o PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da atenção básica em saúde, visando, especialmente, à ampliação da abertura assistencial, com expansão do acesso decorrente do acolhimento por ele feito, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

As Estratégias de Saúde da Família têm inovado na busca por inovações que garantam acessibilidade e maior utilização da APS como primeiro contato com o sistema de saúde. O acolhimento, a fixação de cartazes com horários de funcionamento, a disponibilidade dos integrantes da equipe, os turnos vespertinos e agenda aos sábados são alguns exemplos de esforços nesse sentido. É essencial ainda o trabalho em parceria com a comunidade para diminuir as barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços.

O segundo subtema denominado autonomia no autocuidado, foi detectado na análise da seguinte expressão:

*“...a facilidade é a aceitação de alguns em **despertar o interesse da família no autocuidado** de saúde...” ACS-57*

Essa fala expressa a valorização da autonomia para o autocuidado, pressupondo que, após receberem informação, os usuários serão capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, bem como poderão assumir novos hábitos e condutas.

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença que capacite os indivíduos a decidirem

quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHINESA e VERÍSSIMO, 2003).

O terceiro subtema: estratégias educativas dialógicas facilitadoras foi identificado a partir da análise das seguintes falas, ainda que com escassa frequência nas expressões dos ACS:

*“Visitar as famílias, **orientar, conversar, fazer amizade**” AC25*

*“A **comunicação** que nós como ACS temos para **formar grupos** desenvolvidos nos serviços de saúde” ACS56*

Nas falas dos sujeitos, é possível apreender que o ACS é um agente transformador de comportamentos de pessoas carentes de informação em saúde.

A comunicação profissional-usuário caracteriza-se pelo caráter informativo, em que o primeiro, assumindo uma atitude paternalista, explica ao segundo hábitos e comportamentos saudáveis, orientando como e o que fazer em prol da manutenção da saúde.

Aqui podemos citar o modelo dialógico, por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber, que embasa diversos conhecimentos de natureza técnica-científica, mas, no entanto, não é deslegitimado pelos serviços.

De acordo com Briceño-Léon (1999), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

Vieira e Amâncio Filho (2011) abordam a relevância do diálogo como uma exigência existencial, sendo definido como o encontro em que se solidarizam e se articulam o refletir e o agir de sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Nesse âmbito, não se pode reduzir esse encontro a um ato de depositar ideias de um no outro, mas sim a um ato de criação responsável pela libertação dos homens.

Assim, o objetivo da educação dialógica não é informar para a saúde, mas transformar saberes existentes.

Segundo Freire (1980), o diálogo “*é uma necessidade existencial; é o encontro entre os homens, mediado pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar*”.

No geral, podemos observar dentro das facilidades na prática de saúde com a comunidade através das unidades temáticas um elenco de descoberta interessante que desvendou através dessa pesquisa com os ACS. Dentre vários aspectos abordados um deles podemos citar: a interação com a comunidade e equipe, a autonomia no autocuidado e estratégia educativa dialógicas frente sua comunidade a qual trabalha. Neste ponto refletimos a sua verdadeira inserção e o envolvimento tanto no aspecto técnico-institucional, como, fazer parte integrante de sua comunidade, conjunto esse que vem solidificando e interagindo dentro das políticas públicas de saúde que é o SUS, sendo, a porta de entrada a Atenção Primária de Saúde através das Estratégias Saúde da Família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que os ACS são atores importantes na atenção primária à saúde (APS), torna-se primordial conhecer seu perfil socioeconômico, suas atribuições, formação, práticas educativas, identificando o que consideram pontos fortes, nós críticos e também as facilidades para o exercício de seu trabalho junto à comunidade.. Esse conhecimento possibilita estabelecer estratégias que favoreçam o delineamento de medidas e políticas que contribuam para a consolidação do atual sistema de saúde.

Analisar as ações de educação em saúde sob a perspectiva dos ACS no município de Altamira/PA possibilitou um olhar crítico sobre a política nacional da atenção básica aos ACS, os quais se encontram na porta de entrada do serviço de saúde na APS (Atenção Primária em Saúde).

Observa-se que esses profissionais, no que diz respeito ao seu perfil, atendem aos pré-requisitos/critérios exigidos pela ESF por meio da Política Nacional da Atenção Básica, segundo portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, notadamente no que concerne à escolaridade, ao fato de residir no município e fazer parte da comunidade.

O processo de formação do ACS mostra descontinuidade no oferecimento, tanto do curso inicial como de instancias de educação continuada e permanente, sendo que a literatura e os dados da presente pesquisa evidenciam a necessidade de instrumentalização técnico-científica e pedagógica, numa perspectiva dialógica do ACS frente às demandas de sua prática.

Os agentes verbalizam o desejo de ampliar sua qualificação profissional, participando de processos de educação permanente. Almejam se qualificar para atender as demandas da população assistida, o que se relaciona diretamente ao processo de construção de sua identidade profissional, uma vez que necessitam, além de compreender o contexto sociocultural, ter conhecimentos técnico-científicos e habilidades edu-comunicativas para realizar ações de promoção da saúde superando o enfoque biologista, centrado na doença.

Entre os conhecimentos específicos, demandam maior aprofundamento sobre temas como álcool, drogas, violência doméstica, gravidez na adolescência,

bolsa família, câncer de mama e de próstata, sexualidade e legislação do SUS. Em relação à dimensão das habilidades solicitam a aprendizagem de procedimentos como: medir pressão, primeiros socorros e arte de falar em público. Entre as atitudes demandam a abordagem de: relações humanas, ética profissional e inter-relação com a equipe. Esses eixos poderiam ser aspectos a serem contemplados ou aprofundados nos cursos de formação do ACS a fim de suprir suas necessidades no cotidiano de trabalho com a comunidade. Ainda em relação à formação, acreditam ser fundamental o envolvimento do governo na definição de normativa clara e no cumprimento do processo de qualificação dos ACS.

Os ACS tem consciência das atribuições legais previstas para sua atuação profissional e as atendem a contento, com exceção do acompanhamento das políticas de cunho social, como o Bolsa Família, conforme evidenciado nesta pesquisa. Sendo esta uma política prioritária do governo federal, caberiam medidas de forma a inserir efetivamente este ator na efetivação dessas ações.

No âmbito das práticas educativas, expuseram, como facilidades: boa relação entre os profissionais da equipe, apoio dos gestores para desenvolvimento de suas atividades, interação com a comunidade.

Embora reconheçam algumas facilidades para o exercício da sua função, a maioria dos ACS detalhou uma longa lista de entraves de diferentes índoles: falta de apoio e de valorização pela gestão, precariedade da infraestrutura e falta de recursos didáticos, falta de entendimento por parte da comunidade do perfil preventivo/promoção a saúde do ACS, integração entre a gestão municipal, a coordenação e os ACS, escassa mobilização/participação da comunidade, perfil inadequado do profissional de saúde, desequilíbrio na relação com a equipe multiprofissional e falta de organização da demanda e escassa parceria com instituições de ensino superior.

As transformações por eles pretendidas englobam diversos fatores e diferentes participantes, os quais necessitam ser conhecidos e compreendidos de forma que, por meio de ações conjuntas, seja possível traçar o caminho para

alcançar a meta maior, qual seja, o aprendizado de um profissional para atender às demandas da comunidade assistida.

Sem dúvida, o ACS vem ocupando, de forma crescente, um espaço estratégico nas políticas brasileiras, bem como tem ampliado, continuamente, sua atenção à saúde tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

Com base nessas análises, observa-se, em alguns locais, o surgimento de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o popular e por sua colaboração recíproca. Neste sentido, a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais, realizada nos serviços, para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

7. REFERÊNCIAS

-
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 1 p.63-72, 2001.
- ANDRADE, R. D. et al. Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.21, 3, p. 444-448, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Ed. 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da saúde, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Emenda constitucional nº 51. **Diário Oficial da União**, p.1, 15 fev. 2006.
- BRASIL. **Lei nº 11350**, de 05 de Outubro de 2006. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350>.
- BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, set.1990.
- BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde; as cartas da promoção da saúde**. Brasília; 2002. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **O manual do agente comunitário de saúde**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de Educação e desenvolvimento para o SUS. **Caminho para a Educação Permanente em Saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde/Departamento de Atenção a Saúde Básica**. Brasília; Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**.- 1ª ed. 4ª. Impressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2000.
-

-
- BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final: Ministério da saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
- BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare enferm* Jan/Mar 2010; 15 (1): 40-7.
- BRICEÑO-LÉON, R. Siete téses sobre La educación sanitaria para La participación comunitaria. Cdd. **Saúde Pública**, V.15 nº 2, p 423-5, abr a jun. 1999.
- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 1999. Ed. São Paulo, Hucitec, 2005.
- CHINESA, A. M; VERISSIMO, M. D. I. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**, 2003.
- CORIOLOANO, M. W. et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trabalho de Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10 n. 1, p. 37-59, mar/jun.2012.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud Madrid: **Pirámide**, 1996. P.25-58.
- COSTA, N. R. **Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana**. CD CEDESS, n. 4, p.5-27, 1987.
- DECLARAÇÃO de ALMA-ATA. In: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1, Alma –Ata (Cazaquistão), 12 set 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/upload_arq/Alma-Ata.pdf
- DIAS, S.; GONÇALVES, A. **Migração e Saúde**. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, nº 2007, nº 1 Lisboa: ACIDI.p.p. 15-26.
- DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- DONANGELO, M. C. **Medicina na sociedade de classes, Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1979, p.29-68.
- DUBAR, C.; TRIPIER, P. **Sociologie des professions**. Armand Colin, Paris : Editions Armand Colin, 1998.
- FAUSTO, M.; MATTA, G. C. **Atenção primária a saúde: histórico e perspectiva**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007., p. 25-32, jan./ dez. 2008.
-

-
- FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, v.15 p.121-31,1999.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R.I G. C. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Ciênc. Saúde coletiva (online). 2005, vol. 10, n.2, pp. 347-355.
- FRANCISCHINI, A. C; MUORA, S. D. R. P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF. **Investigação**, v. 8, n. 1-3. 2008.
- FRANCO, M. L. P. B. O que é análise de conteúdo. **Cadernos de Psicologia da educação**. São Paulo, 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, 6º Ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1980.
- FREIRE, P. **Ação Cultural para a liberdade e outros escritos**. 7ª Ed. Rio de Janeiro, 1982. 149p.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. 8ª Ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. 79p.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUIMARÃES, A. L.; CAVALHEIRO, M. T. P. **Formação para o SUS e os desafios da integração ensino e serviço**. Trab. ,Educ. e Saúde.-15,n.2 (2007)- Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Vnâncio, 2007.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, v.10, nº4, p.481-90 out/dez,1994.
- LIMA, J. C. F.; BRAGA, I. F. **Projeto memória da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Lateps/observatório dos técnicos em saúde, 2006.
- LOPES, S. R. S. et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde**, Brasília,v.18 n.2 p.147-155, 2007.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS : ABRASCO, 2001. P. 39-64.
-

-
- MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.233-300.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) **Avaliação por triangulação de método: abordagem de programas sociais**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- MINAYO, M. C. D. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª ed. São Paulo; HUCITEC, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica - dialética com caminho do pensamento social**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, p.83-107.
- MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para sua atuação na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Belo Horizonte. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2010. 98 p.
- MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. **A crescente escolarização do agente comunitário da saúde: uma indução do processo de trabalho?**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.8 n.2, p.229-248, jul./out.2010.
- NUNES, M. O. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**. 2002 nov-dez; 18(6): 1639-46.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527-1534, 2003.
- PEREIRA, I. B. **A formação profissional no cenário do SUS. São Paulo**. Tese (Doutorado) em Educação. Faculdade de Educação Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado). Campinas, 1998. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática de educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**, v.23, nº 4, p.347-53, 1989.
- RIZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000.
- RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 35ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- SANTANA, J. C. B.; et al. ACS: percepções na ESF. **Cogitare Enfermagem**. 2009 Out/Dez. 14(4): 645-52.
-

-
- SANTOS NETO, P. M. (Org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 240 p.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. **Educação em Saúde e concepções de sujeito**. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.115-36.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 1994 (2002).
- TAKEDA, S. A. **Organização de serviços de atenção primária à saúde**. In: DUNCAN, B.; SCHIMIDTM. I.; GIUGLIANIE. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76-87.
- GUIMARÃES, C. C. et al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica : concepções do trabalho e da formação profissional. *Revista Trabalho, Educação e Saúde* - v.5, n 2, (2007) - Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- VALLA, V. V. **A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1993.164p. 87-100.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção á saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC 1989.
- VIEIRA, M. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.
- VIEIRA, M. **Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de trabalhos nas organizações públicas de saúde**. Rio de Janeiro, 2005,UERJ.
-

APÊNDICE A – Roteiro do questionário

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

CIDADE/ESTADO DE ORIGEM: _____

COR/RAÇA: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA

() INDÍGENA () SEM DECLARAÇÃO

SEXO: () masculino () feminino**SÁLARIO:** () 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () \pm de 2 salários mínimos**ESCOLARIDADE:** () Fund. incompleto () Médio incompleto

() Fund. Completo () Médio completo

() Superior incompleto () Superior completo

FRE**QUENTA ESCOLA:** () sim () não

NÍVEL: () fundamental () médio () superior

ESTADO CIVIL: () casado () solteiro () viúvo () outros _____

DATA/ANO DO INÍCIO DO SEU TRABALHO COMO ACS: _____

REALIZOU CURSO INTRODUTÓRIO DE FORMAÇÃO PARA ACS? () Sim

() Não

Carga Horária do Curso: () 60hs () 100hs () 120h

RESPONDA AS QUESTÕES QUANTO AS ATRIBUIÇÕES DO ACS

ITENS	Sim	Não	Parcialmente
Realiza o mapeamento (território) da sua microárea ?			
Realiza o cadastro de todas as pessoas de sua microárea e mantêm o cadastro atualizado?			
Orienta as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponível na rede?			
Realiza atividades programadas e de atenção a demanda espontânea?			
Acompanha por meio da visita domiciliar as famílias e indivíduos de sua microárea, mantendo como referência uma visita por família por mês?			
As visitas são programadas em conjunto com a equipe saúde considerando os critérios de risco e vulnerabilidade?			
Desenvolve ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças?			
Mantêm a equipe formada sobre os agravos de vigilância em saúde (por exemplo: dengue, malária, leishmaniose e outros)?			
Desenvolve ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade?			
Realiza acompanhamento das condicionalidades do programa bolsa família ou outro programa social implantado pelo governo federal, estadual e municipal?			

QUANTO A FORMAÇÃO DO ACS:

ITEM	SIM	NÃO	Parcialmente
Na sua opinião esse curso o preparou para desenvolver as atribuições do ACS?			
No curso introdutório são abordadas as ações educativas que o ACS precisa desenvolver?			
Você se considera um educador em saúde?			

01- Que temas, atividades você gostaria que fossem incluídos nos cursos de formação do ACS?

PARTICIPOU OU PARTICIPA DE OUTRA FORMAÇÃO TÉCNICA:

() sim, qual: _____

() não

REALIZA ALGUM TRABALHO VOLUNTÁRIO NA COMUNIDADE:

() sim, qual: _____

() não

COMO O CURSO O PREPAROU PARA DESENVOLVER AS AÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A COMUNIDADE?:

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS NA COMUNIDADE?

QUAIS AS FACILIDADES PARA DESENVOLVER ESSAS AÇÕES EDUCATIVAS?

MENCIONE TRÊS CARACTERÍSTICAS DE UM ACS:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

OUTROS COMENTÁRIOS:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido você a participar da pesquisa intitulada As ações de educação em saúde: a perspectiva dos Agentes Comunitário de Saúde no município de Altamira, que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio da aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas aos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família na SESMA Secretaria Municipal de Saúde do município Altamira.

Será aplicado um questionário para cada um dos profissionais no primeiro momento realizando um pré-teste, onde subsidiará as primeiras informações a cerca do objeto de estudo para a elaboração do roteiro semi-estruturado da entrevista. No segundo momento, entrevista semi-estruturada, será aplicada e sistematizada para posterior análise dos dados. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

Ao final do estudo poderemos levantar como está a estrutura e a formação dos Agentes Comunitário de Saúde que atuam na comunidade com em foque na educação em saúde.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Enf. Lagerson Mauad Freitas que poderá ser contatado pelos telefones (93) 9153 0030.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo As ações de educação em saúde: a perspectiva dos A.C.S. da SESMA.

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Secretaria Municipal de Saúde de Altamira ou qualquer outra Unidade de Saúde.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

_____ Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste servidor para a participação neste estudo.

_____ Data: ____/____/____

Lagerson Mauad Freitas

APÊNDICE C

Altamira, 05 de Março de 2012.

Ilmo Sr. Dr. Edvan Duarte Santos

Secretário Municipal de Saúde de Altamira (PA)

Referente Pesquisa: Educação em Saúde na Comunidade

Sou aluno mestrando da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a Educação em Saúde na Comunidade dentro do SUS no município de Altamira (PA) com foco nos funcionários, Agentes Comunitários de Saúde – ACS que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que exercem a prática de educação em saúde na comunidade dentro de sua área a descrita.

O objetivo geral da pesquisa é investigar as concepções e práticas de educação em saúde do ACS que integram na ESF do município de Altamira (PA).

Os procedimentos metodológicos:

- Tipo de pesquisa: Pesquisa Qualitativa
 - Sujeitos: Funcionários do SUS e ACS que atuam na ESF e concordem em participar da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido.
 - Coleta de dados: Questionário e entrevista semi-estruturada (será executada no mesmo dia, com tempo de duração determinado pelo entrevistado em dia e horários agendados conforme disponibilidade do entrevistado).
 - Procedimentos éticos:
 - Aprovação do Comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo.
 - Consentimento Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira – SESMA.
-

- Assinatura do Termo Livre e Esclarecimento Institucional do Profissional que atua na Educação em Saúde na Comunidade e concorde em participar da pesquisa.

- Unidades Selecionadas: USF Colina, USF Mutirão, USF Aparecida, USF Boa esperança, USF Brasília I e II, USF Cruzeiro, USF Sudam I, USF Sudam II, USF Premem, USF Independente, USF St^a Luzia.

- Objetivo Acadêmico: Mestrado.

Solicito a sua autorização para o acesso as unidades de saúde da família e abordagem dos funcionários (ACS) para convidá-los a participar da pesquisa.

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Edvan Duarte dos Santos

Secretário Municipal de Saúde

Contato:

Email: lagersonmauad@hotmail.com

Telefone: (93) 9153.0030

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE: A PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA.

Pesquisador: LAGERSON MAUAD FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03884712.5.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 132.074

Data da Relatoria: 26/10/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme Parecer CEP 103.365 de 21/9/2012

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Parecer CEP 103.365 de 21/9/2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Parecer CEP 103.365 de 21/9/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Parecer CEP 103.365 de 21/9/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme Parecer CEP 103.365 de 21/9/2012

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br,arpmeleti@unifesp.br

ANEXO B – Portaria nº 10508

LEI Nº 10507 DE 10 DE JULHO DE 2002 - DOU DE 11/7/2002 – REVOGADA
Revogada pela LEI Nº 11350 - DE 5 DE OUTUBRO DE 2006 - DOU DE 6/10/2006

Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.

Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o **caput**.

Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

Paulo Jobim Filho

Guilherme Gomes Dias

ANEXO C – Portaria nº 2488**PORTARIA Nº 2488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**

Legislações - GM

Seg, 24 de Outubro de 2011 00:00

PORTARIA Nº 2488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha

complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES; Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º - Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;
 - II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
 - III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si,
-

um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

- II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e
- IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
- II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;
- III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;
- VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
- VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;
- VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;
- IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;
- XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e
-

pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e

XIII - estimular a participação popular e o controle social. Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

IV - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

V - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

-
- X - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;
- XI - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e
- XII - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.
- Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:
- I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
- II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;
- IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;
- V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;
- VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
- IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;
- X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;
- XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;
- XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e
- XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.
- Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:
- I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo
-

como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;
II - as Unidades Básicas de Saúde:

a) devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

2.1. as Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

2.1.1. quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente;

d) recomenda-se que estas possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

VIII - garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território,

garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Educação permanente das equipes de Atenção Básica A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós crítico (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

-
- III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - participar das atividades de educação permanente;
- XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.
- Das atribuições específicas do enfermeiro:
- I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
-

- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

- I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Do Médico:

- I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
 - V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
 - VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
 - VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
-

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Cirurgião-Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos. Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Especificidades da Estratégia de Saúde da Família. A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga

horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento)

das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhando por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01(um) médico e preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que nos casos previstos nos itens b e c, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a 2 (duas) e 3 (três) equipes de saúde da família, respectivamente.

As equipes de saúde da família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Independente da modalidade adotado, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo). Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e

III - o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

O enfermeiro da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

Equipes de atenção básica para populações específicas

1. Equipes do consultório na rua A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de saúde da família para vinculação ao NASF.

Em Municípios ou áreas que não tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos consultórios na rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da Unidade Móvel. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual.

O Ministério da Saúde publicará Portaria Específica e Manual Técnico disciplinando composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

2. Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia

Legal e Pantanal Sul Matogrossense Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país: I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) microscopista, nas regiões endêmicas. As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme modalidades I e II descritas anteriormente.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF pode atuar mais de uma ESFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II - nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

III - adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica pelas equipes visando minimamente a continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados;

IV - delimitar área de atuação com população adscrita, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea II;

V - as equipes que trabalharão nas UBSF deverão garantir as informações referentes à sua área de abrangência. No caso de prestar serviços em mais de um município, cada município deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: Consultório médico; Consultório de enfermagem; Consultório Odontológico; Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; Laboratório; Sala de vacina; Banheiros; Expurgo; Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; Cozinha; Sala de procedimentos; Identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente; e

II - quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: Maca ginecológica; Balança Adulto; Balança Pediátrica; Geladeira para vacinas; Instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; Equipamentos diversos: sonar, esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, Equipo odontológico completo e instrumentais.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do o valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas conforme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação	Máximo
Agente Comunitário de Saúde	Trabalhador vinculado a mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. ou Técnico de Enfermagem	Trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico em Saúde Bucal	Trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	01 (um)
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02 (dois)

Para implantar Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos Municípios onde o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser substituídas pela nova modalidade de equipe mediante aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os Municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem

como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território.

Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e
III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF 1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam. Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendado a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde. Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 03 (três) polos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada polo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou 2 (dois)

profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da academia da saúde.

Quanto ao NASF, compete as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados; propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

II - selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e

III - disponibilizar espaço físico adequado nas UBS, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;

II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens. A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e coresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa. Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do bloco de atenção básica:

1. Implantação e Credenciamento

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - realizar projeto(s) de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;

II - aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e

IV - solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

Para Implantação e Credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão:

I - analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

II - após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

III - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e

V - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: o número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

B) Agentes Comunitários de Saúde: o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população /400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280.

C) NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família: o número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Amazônia Legal = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

D) O teto máximo de Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de consultório na rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

3. Do Financiamento da Atenção Básica O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite.

No âmbito federal o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo. Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O financiamento federal desta política é composto por:

- A) Recursos per capita;
- B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;
- C) Recursos de investimento;
- D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de

Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

A) Recurso per capita

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação. Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles: Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

Assim os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco de AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde: Recursos destinados à estruturação da rede de serviços da atenção básica publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Recursos de Investimento/Estruturação: São recursos destinados a estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que podem ser repassados aos municípios/ estados fundo a fundo ou através de convênio.

Recursos de Implantação: Na implantação das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação

das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anteriormente.

D) Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF: 1.1. - Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios: I - estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e II - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II - pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III - estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

1.2. Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

1.3. As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

1.3.1 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.2. 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.3. 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03 equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.4. 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Programa de melhoria de acesso e da qualidade. Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - a modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II - a modalidade de toda a equipe de saúde da família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

2. Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais 2.1 Equipes Saúde da Família Ribeirinhas; os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais: os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica. 3. - Equipes Consultório na Rua

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus será definido em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe de consultório de rua.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo Município, do cadastramento da equipe consultório de rua no sistema de Cadastro Nacional vigente e da alimentação de dados no Sistema de Informação indicado pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

4. Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão

créditos financeiros.

5. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

6. Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas. Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem:

I - transferir os dados mensalmente, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e

II - a transferência dos dados para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para à Atenção Básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde. Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV - ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

Especificamente para as equipes de saúde da família com os profissionais de saúde bucal: As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

I - inexistência de no mínimo 02 (duas) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 hab. Da Amazônia Legal ou;

II - inexistência de no mínimo 04 (quatro) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País ou; e

III - inexistência de no mínimo 01 (uma) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as Equipes completas de Saúde da Família/Equipes de

Atenção Básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 (sessenta) dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua: Ausência de vinculação a Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;

II - imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção

Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na portaria nº 3462 de 11 de novembro de 2010; e

II- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio a saúde da família deve conter:

I - O território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;

II - Infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

III - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

V - Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

VI - Processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;

VII - A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;

VIII - Implantação do sistema de Informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

IX - Processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;

X - A contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e

XI - No caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, as identificação das Equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS. O NASF será cadastrado SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

ANEXO III

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS
FINANCEIROS

UF: _____ MUNICÍPIO: _____ CÓDIGO IBGE: _____
COMPETÊNCIA(S): _____ TIPO DE INCENTIVO: _____
ESF () _____ ACS () _____ ESB mod. _____ I () _____
II () _____ UOM () _____ ESFPR () _____ ESFPRSB () _____
ESFF () _____ ESFFSB () _____ NASF tipo _____ I () _____ II () _____
CÓDIGO DO CNES: _____ IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SISTEMA: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS CATEGORIA PROFISSIONAL CPF

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Marcar se é relativo à equipe de Saúde da Família, Agentes
Comunitários de Saúde, equipe de Saúde Bucal

modalidade I ou II, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Saúde da Família População
Ribeirinha, equipe de Saúde da Família População

Ribeirinha com Saúde Bucal, equipe de Saúde da Família Fluvial, equipe de Saúde da Família
Fluvial com Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio

à Saúde da Família tipo I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe,
que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna
anterior.

CPF: Informar o CPF dos profissionais das Equipes que foram suspensas.

DATA: ____/____/____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____ SECRETÁRIO DE SAÚDE
DO ESTADO:
